

Travail du service du Dr Sorrel (Hôpital Maritime de Berck-sur-Mer)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N^o

216

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Henri DROMER

Né à Couterne, le 7 juin 1898

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'HÉRÉDITÉ DE TERRAIN

DANS LA TUBERCULOSE

OSTÉO-ARTICULAIRE

Président : M. SERGENT, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1929

FRANCE

112

THE HISTORY OF THE

REIGN OF HENRY VIII.

BY SAMUEL JOHNSON.

LONDON: Printed by A. MILLAR, in Pall-mall.

MDCCLXXII.

THE HISTORY OF THE

REIGN OF HENRY VIII.

BY SAMUEL JOHNSON.

LONDON: Printed by A. MILLAR, in Pall-mall.

MDCCLXXII.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Henri DROMER

Né à Couterne, le 7 juin 1898

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'HÉRÉDITÉ DE TERRAIN

DANS LA TUBERCULOSE

OSTÉO-ARTICULAIRE

Président : M. SERGENT, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie} ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1929

LES PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	N...
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD
Clinique chirurgicale	DELBET.
	HARTMANN
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire.	BRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.
 ALAJOUANINE. Neurologie et psychiatrie.
 AUBERTIN. . Pathologie médicale.
 BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN. . Pathologie médicale
 BINET Physiologie.
 BLANCHETIERE Chimie biologique.
 BROCCQ. . . . Pathologie chirurgicale
 BRULÉ. . . . Pathologie médicale.
 CADENAT . . Pathologie chirurgicale
 CHABROL . . Pathologie médicale.
 CHIRAY . . . Pathologie médicale.
 CLERC. . . . Pathologie médicale.
 DEBRÉ Hygiène.
 DOGNON. . . Physiologie.
 DONZELOT . . Pathologie médicale.
 DUVOIR . . . Médecine légale.
 ÉCALLE . . . Obstétrique.
 FIESSINGER. Pathologie médicale.
 GARNIER . . Pathologie expérimental¹⁹
 GATELLIER . Pathologie chirurgicale
 GIROUD . . . Histologie.
 HARVIER. . . Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER Urologie.
 HOVELACQUE . Anatomie.
 HUTINEL. . . Pathologie médicale.

MM.

JOYEUX . . . Parasitologie.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LARDENNOIS Pathologie chirurgicale.
 LEMAITRE. . Oto-rhino-laryngologie.
 LEROUX. . . Anatomie pathologique
 LÉVY-SOLAL. Obstétrique.
 LHERMITTE . Pathologie mentale.
 LIAN. . . . Pathologie médicale.
 MATHIEU. . . Pathologie chirurgicale
 MERCIER (F.) Pharmacologie.
 METZGER . . Obstétrique.
 MONDOR. . . Pathologie chirurgicale.
 MOURE. . . Pathologie chirurgicale.
 MULON. . . . Histologie.
 OBERLING. . Anatomie pathologique.
 OLIVIER. . . Anatomie.
 PHILIBERT. . Bactériologie.
 QUÉNU. . . . Pathologie chirurgicale.
 RICHET Fils. . Physiologie.
 SÉZARY . . . Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique
 VELTER. . . . Ophtalmologie.
 VERNE. . . . Histologie.

III.—AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET. Pharmacologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.
 NEVEU-LÉMAIRE. . Parasitologie.

MM.

RETTERER. . Histologie.
 ZIMMERN. . . Physique.
 N. Pathologie médicale.

VI. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ALGLAVE . . Clinique chirurgicale.
 AUVRAY . . Clinique chirurgicale.
 CHEVASSU . . Clinique chirurgicale.
 LAIGNEL-LAVASTINE Clinique médicale.
 LE LORIER . . Clinique obstétricale.

MM.

LERI Clinique médicale.
 MOCQUOT . . Clinique chirurgicale.
 PROUST . . . Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ . . Clinique chirurgicale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.		Education physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ.		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA FEMME

A MES SŒURS

(In memoriam)

AUX MIENS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR SERGENT

Professeur de Clinique propédeutique
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

*Qui a bien voulu nous faire
l'honneur de présider cette thèse.*

A MON MAÎTRE

M. LE DOCTEUR E. SORREL

Chirurgien des Hôpitaux de Paris
Chirurgien en chef de l'Hôpital maritime de Berck

*Auprès de qui nous avons trouvé
les conseils et l'enseignement du
Maître et à qui nous adressons le
témoignage de notre profonde
reconnaissance pour le réconfort
de sa bienveillante sollicitude à
notre égard durant les moments
pénibles de notre séjour à Berck.*

A MON MAITRE

M. LE PROFESSEUR LE MONIET

Professeur de Clinique chirurgicale
à l'Ecole de Médecine de Rennes

*Qu'il veuille bien trouver ici le
témoignage de notre gratitude
pour ses conseils et l'accueil qu'il
nous a toujours réservé.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE CAEN, DE RENNES ET DE PARIS

A MM. LES DOCTEURS M. MOZER
ET DELAHAYE (de Berck)

*Pour l'aide amicale et précieuse
qu'ils nous ont toujours porté.*

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE
L'HÉRÉDITÉ DE TERRAIN
DANS LA TUBERCULOSE
OSTÉO-ARTICULAIRE

INTRODUCTION

Au cours d'un assez long séjour que nous avons fait à l'Hôpital maritime de Berck-sur-Mer dans les services de M. le D^r Sorrel, M. Mozer, chef de laboratoire nous a suggéré l'idée de ce travail.

Il avait remarqué par quelques observations prises à l'Hôpital maritime, ou par des interrogatoires de malades, que quelquefois les ascendants, père ou mère, ayant localisé le bacille sur leur système osseux, donnaient naissance à des enfants qui faisaient ultérieurement des localisations similaires : par exemple, père atteint de coxalgie, fils faisant un mal de Pott. Ces faits d'observation pouvaient même être étendus à la lignée collatérale et on pouvait citer l'exemple d'un oncle tuberculeux osseux dont le neveu ou la nièce devenait tuberculeux osseux, ou celui de deux cousins germains localisant pareillement le bacille.

Ces cas étaient-ils fréquents ? C'est ce que nous a

conseillé de rechercher le Dr Mozer en faisant auprès des malades de l'Hôpital maritime une enquête qui serait susceptible de donner toute leur valeur à des faits qui, isolés, ne pouvaient présenter aucun intérêt statistique, et risquaient même de prendre trop d'importance dans l'esprit de ceux qui les observaient.

C'est cette enquête, avec ses résultats que nous voudrions donner ici : voici les différentes étapes que nous avons suivi dans ce travail.

Nous dirons d'abord dans un court résumé quelques mots de la question toujours controversée de l'hérédité tuberculeuse.

Dans un deuxième chapitre, nous donnerons les quelques observations qui constituent avec les souvenirs du Dr Mozer le point de départ de notre thèse, elles ont été recueillies en dehors de notre contingent de malades de l'Hôpital maritime.

Dans le même but, nous dirons quel est, à ce sujet, l'opinion des médecins ou chirurgiens de sanatoria marins, et s'ils ont été frappés par des faits que nous pourrions être tentés de dire fréquents étant donnée la facilité que nous avons eu à recueillir la vingtaine d'observations précédentes. Observations et impressions recueillies ne veulent servir qu'à justifier l'opportunité de notre enquête personnelle.

Dans un troisième chapitre, nous reproduirons les observations qui font le sujet de notre thèse et que nous avons pris au cours de notre enquête personnelle.

Nous essaierons de discuter les notions de fréquence de ces faits, tels qu'ils se dégagent de nos tableaux statistiques.

Nous discuterons la valeur de nos observations et essaierons de dégager si leur lecture est susceptible d'apporter quelque éclaircissement sur le déterminisme de ces localisations similaires familiales, et dans quel sens elle nous permet de conclure.

HISTORIQUE

Avant les découvertes de Villemin et Koch, les cliniciens de toutes les époques concluaient que la tuberculose était une maladie héréditaire; on admettait une prédisposition spéciale des individus, un terrain favorable à l'éclosion du tubercule.

La tuberculose était une maladie spontanée, apparaissant chez des sujets « constitutionnellement affaiblis et héréditairement prédisposés ». La découverte du bacille de Koch amena un revirement, et la majorité des auteurs se fit contagionniste.

Pourtant Koch, S. Arloing admettaient que si la tuberculose n'est pas héréditaire, elle engendre cependant une certaine prédisposition à contracter plus facilement la maladie.

Quant à la théorie de l'hérédité de germe par contagion anté-natale transplacentaire elle a toujours été très contestée, et ne constitue qu'une rareté représentée par une vingtaine de cas (Strauss, Bologna, Kuss, etc.). A côté de cette théorie prend place celle de la « latence de germe » de Baumgarten, pour qui il y aurait une sorte de « freie intervalle », entre l'époque de la contamination fœtale, et le

moment de la vie où à la faveur de causes occasionnelles, l'infection se manifesterait par des signes apparents. Cette période de latence servirait d'ailleurs à une résistance de terrain, et au petit nombre de bacilles infectants.

Enfin à l'opposé de ces théories, l'école moderne, avec en France, MM. Léon Bernard, Débré et leurs élèves, fit à la contagion familiale ou extrafamiliale une place prépondérante sinon exclusive.

Mais à côté du rôle de la contagion dont l'école moderne s'est faite le défenseur, à côté des théories de l'hérédité de germe, ou celle de l'hérédité de terrain qui conserve toujours ses partisans, est-ce que les travaux de Ferran, Much, Fontès, repris plus récemment par MM. Calmette, Vaudremer, Valtis, Lacomme, Arloing et Dufourt, etc., sur la filtrabilité des cultures de bacilles tuberculeux ne pourraient pas placer la question sur un autre terrain, et lui donner une orientation nouvelle ? Ceci est du domaine de l'avenir.

Nous avons rappelé ces diverses étapes de la théorie de l'hérédité bacillaire pour montrer qu'en somme, ce qui était envisagé jusqu'ici, c'était la question de savoir si une tuberculose d'un ascendant créait un état dystrophique général, entraînant l'éclosion de la tuberculose chez l'enfant, quelle qu'en soit d'ailleurs la localisation : on opposait en quelque sorte la théorie de l'hérédité à la théorie de la contagion : or dans notre esprit, il ne s'agit pas de cela.

La notion de la contagion reste à la base de l'éclosion de la tuberculose, et même lorsqu'elle n'est pas démontrée, nous la considérons comme à peu près certaine, car tous les auteurs actuels sont d'accord pour admettre la nécessité de la contagion dans l'éclosion d'une tuberculose.

Mais le problème que nous posons est tout autre, il déborde pourrait-on dire, le champ de la tuberculose : l'existence d'une localisation pathologique, et dans le cas particulier, d'une localisation tuberculeuse, sur un organe ou un tissu, chez un ascendant créé-t-elle chez les descendants un état déficient de ce tissu ou de cet organe, où viendra se localiser l'affection tuberculeuse, si les conditions de contagage se réalisent ?

Ce côté du problème de l'hérédité tuberculeuse a déjà fait l'objet de recherches, en ce qui concerne, en particulier, les formes cliniques pulmonaires : Turban a échafaudé la théorie du « *Locus minoris resistentiae* », après avoir remarqué souvent que chez parents et enfants, frères ou sœurs, le même côté du poumon était atteint, seul ou de façon prédominante — tout au moins dans la phase initiale de l'infection, — et qu'on trouvait une espèce de parenté de lésions dans une même famille.

Brachmer avait déjà montré cette hérédité pour le lupus, dans une famille où la mère et les 4 enfants avaient présenté un lupus sur la même joue. En France, M. Philibert a réuni quelques cas de familles à localisations similaires méningitiques ou

viscérales. Enfin quelques auteurs ont noté que souvent il pouvait y avoir non seulement analogie de lésion familiale mais analogie d'âge (Loi du même âge de Braehmer).

Ainsi Naumann cite le cas d'un père et d'une fille devenant tuberculeux à l'âge de 26 ans, Friedmann le cas de 8 sœurs qui succombent toutes à l'âge de 40 ans, Dluski celui d'une famille où 14 membres meurent de tuberculose à l'âge de 27 ou 28 ans. A part quelques exemples cités de familles osseuses, tous ces travaux ont trait aux formes cliniques pulmonaires, et nous n'avons pas trouvé dans la littérature un travail d'ensemble concernant une hérédité similaire dans les formes osseuses : et pourtant la preuve d'une hérédité similaire sur le terrain osseux serait bien plus démonstrative que les localisations pulmonaires, étant donné que l'appareil pulmonaire est presque toujours la porte d'entrée primitive du bacille, — ce qui augmente les chances d'éclosion *in situ* comme le prouve la fréquence de la tuberculose pulmonaire, — alors que les localisations osseuses sont au contraire presque toujours secondaires, et réalisées par voie sanguine.

Nous n'avons pas la prétention d'apporter dans notre travail la réponse à cette question obscure et difficile, mais nous avons pensé, qu'en nous bornant à enregistrer des faits, et en restant sur le terrain objectif, nous pouvions donner les résultats d'une enquête faite dans un groupement important de tuberculoses osseuses.

CHAPITRE PREMIER

M. le D^r Mozer, avons-nous dit, avait été frappé, soit à la lecture d'observations de malades soignés à Berck, soit à la suite d'interrogatoires de malades eux-mêmes ou de leur famille, de la coexistence de lésions dites « externes », chez plusieurs membres d'une même famille, père, fille, oncle, neveu, cousins, etc. ; et nous-mêmes pendant un assez long séjour que nous fîmes à l'Hôpital Maritime nous avons été attirés, au moment des visites des parents aux enfants soignés à l'hôpital, par la coexistence plusieurs fois remarquée, chez un ascendant direct ou indirect d'une claudication, d'une déformation, d'une cicatrice suspecte, que l'interrogatoire révélait être tuberculeuse, et d'une manifestation de même nature, de même terrain chez l'enfant hospitalisé.

Naturellement, ces faits d'observations ne sont pas inédits et on a publié depuis très longtemps et assez fréquemment des exemples de familles d'osseux, de rénaux, de ganglionnaires, de méningitiques, ces faits ne sont pas contestés, mais ce que l'on conteste et en particulier depuis l'ère conta-

gionniste, c'est leur fréquence, et on tend à ne leur donner qu'un intérêt de pure coïncidence.

A Berck, nous étions particulièrement bien placés pour conduire une enquête de ce genre, dans un hôpital qui groupe la majeure partie des tuberculeux externes de la Ville de Paris.

Mais ces faits que nous avons nous-mêmes observés, n'étaient-ils pas rendus plus patents, ne s'importaient-ils pas plus à l'esprit, à cause de l'importance du groupement de malades dans cet hôpital, et les allées et venues des mêmes parents gibbeux, boiteux, ganglionnaires, renouvelant leurs visites pendant les longs mois que nécessite la moindre lésion justiciable d'un séjour à Berck ?

Une enquête parmi nos malades de l'Hôpital Maritime pouvait seule nous donner les réponses à ces questions, mais nous avons voulu avant de l'entreprendre, corroborer, confirmer, ce qui en somme n'étaient que des impressions.

Dans ce but, nous nous sommes adressé à deux ou trois médecins de Berck en dehors de l'Hôpital maritime, désirant ainsi rester en dehors de notre champ d'investigations personnelles, et dans le même but nous avons poursuivi auprès de quelques médecins ou chirurgiens de sanatoria marins, familiarisés avec la clientèle des tuberculeux osseux une enquête sommaire pour connaître leur opinion à ce sujet.

Les quelques observations que nous avons recueillies auprès de MM. Calvé et Gallaud, et que nous tenons

à remercier ici, ne comportent naturellement aucune valeur statistique ; elles ne portent que sur les dossiers de 2 ou 3 années incomplètes de clientèle privée ou hospitalière, et sur un nombre total inconnu de malades. Nous les avons recueillies soit dans la Fondation franco-américaine, et nos recherches ont été certainement incomplètes, soit de la bouche même de MM. Calvé et Gallaud, et ne constituent que des souvenirs.

De même celles que nous devons à M. le Dr Tridon — qui nous a toujours réservé le plus amical accueil — ne sont que des souvenirs récents qu'il a bien voulu nous communiquer au hasard de quelques conversations : c'est dire que beaucoup d'éléments d'enquête et de discussion manquent à ces observations. Nous avons rarement pu savoir quel était le mode de vie de la famille observée, ses conditions d'hygiène, les circonstances du contagé, le rôle du contaminateur, ses lésions, les modalités de la contagion ; autant de questions restées sans réponse, et qu'il aurait été illusoire de demander à des dossiers dressés vers d'autres fins, ou à des rapports oraux.

Néanmoins il nous semble que ces cas où l'on trouve deux ou plusieurs localisations osseuses familiales, conservent leur intérêt, et quel que soit le rôle qu'on veuille bien attribuer à la contagion, dût-on même faire la supposition pour suppléer aux renseignements manquants, d'une contagion ayant toujours fait ses preuves, il n'en reste pas moins

vrai que ces observations constituent des faits troublants que nous avons tenu à rapporter ci-dessous aussi succinctement que possible.

OBSERVATION I (D^r Sorrel).

B... Robert, âgé de 6 ans, vint à Berck en 1920 pour une coxalgie droite, directement du Canada qu'il n'a jamais quitté.

Aucun signe de tuberculose ouverte dans l'entourage. Une sœur de 4 ans plus âgée que lui, fait 5 ans après, à l'âge de 15 ans, pendant son séjour en France un érythème induré de Bazin.

Une cousine germaine du petit malade, B... Louise, qui n'a jamais été en contact avec lui a fait il y a 9 ans, à l'âge de 8 ans, une coxalgie.

Aucun membre de la famille mort de tuberculose pulmonaire.

OBSERVATION II (D^r Mozer).

X..., a été soigné à l'âge de 16 ans pour un Mal de Pott, l'oncle paternel actuellement âgé de 55 ans et bien portant a fait une coxalgie de l'enfance.

Le grand-oncle de X..., a été également soigné pour un Mal de Pott. Excellentes conditions d'hygiène.

OBSERVATION III (D^r Mozer).

T... Jacques a été soigné à Berck en 1903 pour un Mal de Pott fistuleux.

Père, mère, 6 frères ou sœurs, tous en bonne santé ainsi que 5 oncles ou tantes.

La famille du père est originaire d'un village de la Haute-Saône : on peut suivre l'histoire de sa famille sur plusieurs générations.

Les grands-parents, paternels n'ont rien présenté de spécial. Mais une grand'tante paternelle atteinte de rhumatisme articulaire, et d'insuffisance aortique est morte de fibrome utérin.

Un grand-oncle est mort à 18 ans de méningite bacillaire.

Un grand-oncle qui dans le pays portait le sobriquet de la « jambe » parce qu'il boitait, à la suite d'une coxalgie survenue dans l'enfance est mort de pneumonie à 60 ans.

Une grand'tante morte de vieillesse à 90 ans, a eu 4 enfants : deux fils bien portants, un fils qui a hérité du sobriquet de son oncle pour une boiterie due à une coxalgie de l'enfance, est mort alcoolique à 55 ans, enfin une fille bien portante, mariée à un tuberculeux pulmonaire a eu 5 enfants les 3 premiers et le dernier âgé de 30 ans sont très bien portants, mais le 4^e contaminé par son père est mort de tuberculose pulmonaire.

Rien à signaler du côté de la famille de la mère du malade.

OBSERVATION IV (MM. Calvé-Galland).

P... Robert, 7 ans entre à X... pour une coxalgie droite avec abcès.

Sa mère est très bien portante. Le père de l'enfant a fait à l'âge de 10 ans une tumeur blanche du genou. Aucun renseignement sur la possibilité de contagion familiale.

OBSERVATION V

L... Jeanne, 19 ans, soignée à Berck pour un Mal de Pott lombaire non fistulisé.

Le père a fait à 42 ans un Mal de Pott 5 ans après la naissance de sa fille. Pas de tuberculose pulmonaire, excellente hygiène.

La mère est très bien portante. Un frère et une sœur de la malade sont en bonne santé.

OBSERVATION VI (M... le Dr Tridon).

C... M., né le 6 mars 1912 entre à X... en juin 1927 à l'âge de 15 ans pour une ostéite du 3^e métacarpien droit et une ostéite de la 1^{re} phalange du médius gauche.

Pas d'antécédents personnels. A un frère âgé de 16 ans soigné à Berck pour une coxalgie droite. Pas d'autres renseignements.

OBSERVATION VII (Calvé-Galland).

Ch... René, 6 ans, entre le 15 juin 1924 à X... pour une coxalgie droite. Oreillons, bronchite, coqueluche, quelques mois avant le début clinique de la coxalgie.

Père et mère bien portants, un cousin germain de l'enfant du côté paternel a fait à l'âge de 7 ans une ostéite tuberculeuse des 2 os de l'avant-bras droit.

OBSERVATION VIII (Dr Tridon).

S... Julien, apprenti charpentier entre à X... le 7 mars 1924 à l'âge de 13 ans pour une tumeur blanche du genou droit.

Son frère, même profession a été également soigné à Berck à l'âge de 15 ans pour une coxalgie droite d'allure très grave.

OBSERVATION IX (Calvé-Galland).

C... Mireille, 9 ans, entre à X... le 1^{er} juillet 1922 pour une coxalgie droite, ancienne datant de 3 ans.

Pas d'antécédents personnels.

Le père a fait à 9 ans une coxalgie. La mère est bien portante. Pas de contag familial connu.

OBSERVATION X (Calvé-Galland).

B... Jeanne, âgée de 2 ans entre le 5 mai 1925 à X... pour localisations multiples superficielles gommés et spinas des doigts : début à l'âge de 6 mois par une ostéite du malaire droit.

Le père scoliotique fit à l'âge de 20 ans un Mal de Pott dorsal.

La mère et un frère sont bien portants. Pas de contagion familiale connue.

OBSERVATION XI (Calvé-Galland).

R... Jeanne, 15 ans, entre à X..., le 19 juin 1924 pour une coxalgie droite : le père a été soigné il y a 20 ans pour une scapulalgie. Pas d'autres renseignements.

OBSERVATION XII (Calvé-Galland.)

F... Jean, 20 ans entre à X... le 17 juillet 1923 pour une coxalgie droite avec ostéite de l'ischion.

A une cousine germaine du côté de sa mère qui, à 15 ans,

a fait une tumeur blanche du genou. Rien d'autre dans la famille.

OBSERVATION XIII (Calvé-Galland).

C... Henri, âgé de 2 ans, entre à X... le 5 mai 1925 pour localisations multiples gommées ostéite des malaires et spina ventosa du 5^e doigt de la main gauche.

Le père a fait à l'âge de 12 ans une coxalgie droite avec abcès multiples, fistulisés, guéri avec ankylose.

Il est atteint en janvier 1923 de tuberculose rénale avec Hématurie et Pyurie.

Naissance de l'enfant en juin 1923, aucune notion d'hygiène et de prophylaxie ne sont prises vis-à-vis de l'enfant.

Les premiers abcès du petit malade font leur apparition en mars 1924.

OBSERVATION XIV (Calvé-Galland).

R. Georges, typographe âgé de 22 ans, entre à X... le 4 mars 1925 pour une ostéite de la malléole interne du pied droit.

Le malade a fait une rougeole à l'âge de 6 ans, une pleurésie séro-fibrineuse à l'âge de 19 ans, un spina ventosa avec arthrite métacarpo-phalangienne du 4^e doigt de la main gauche en mai 1924.

Son père a été soigné à Berck à l'âge de 20 ans pour une ostéo-arthrite tibio-tarsienne du pied droit et un spina ventosa de la main.

Sa mère est bien portante. Il a 3 frères, 2 sont bien portants ainsi qu'une sœur, un autre frère a fait des localisations osseuses multiples (malaires, spinas).

OBSERVATION XV (Calvé-Galland).

Z..., 24 ans, étudiant soigné à Berck pour un mal de Pott lombaire. Père et mère bien portants.

Le père a un enfant d'une autre mère, fillette de 14 ans soignée pour un mal de Pott dorsal.

OBSERVATION XVI (Calvé-Galland).

D. Roger, entre le 4 juillet 1922 à X... Agé de 9 ans et demi pour une coxalgie droite. Bronchopneumonie à 18 mois. Père et mère bien portants.

Un oncle paternel a été soigné à Berck, il y a 14 ans pour un mal de Pott lombaire fistulisé et suppurant encore actuellement. L'enfant élevé en Belgique n'a jamais vécu avec son oncle, une tante paternelle est morte de méningite bacillaire. 3 frères sont bien portants. Un quatrième est mort en 15 jours d'un tubercule cérébral pendant le séjour du malade à X...

OBSERVATION XVII (Calvé-Galland).

P. Jacques âgé de 13 ans entre à X... en juillet 1923 pour un spina ventosa du 3^e métacarpien gauche. Aucun antécédent personnel. Père et mère très bien portants. Une sœur a fait à l'âge de 11 ans une tumeur blanche du genou gauche.

Un cousin germain du côté de la mère a fait à l'âge de 14 ans une tumeur blanche du genou.

OBSERVATION XVIII (Calvé-Galland).

L. Marie, 15 ans entre le 13 mars 1925 à X... pour une arthrite libio-tarsienne gauche.

A fait en 1923 des gommes de la face externe de la cuisse gauche actuellement guéries ; après son entrée en mai 1925 apparition d'un spina ventosa avec arthrite métacarpo-phalangienne de l'index droit. Mort par pneumonie caséuse en septembre 1925 le père est très bien portant, la mère a fait dans l'enfance une ostéite du frontal droit et un malaire droit fistulisés.

2 sœurs et 2 frères bien portants.

OBSERVATION XIX (Calvé-Galland).

A... Jules, 13 ans, entre à X... le 2 juillet 1925 pour une ostéite juxta-articulaire du genou droit.

Père et mère bien portants. 3 frères et 2 sœurs en bonne santé un autre frère est mort à 10 ans d'une ostéo-arthrite tibio-tarsienne fistulisée ; une sœur a fait une adénite cervicale bacillaire.

OBSERVATION XX (Calvé-Galland).

M., 38 ans, a été soignée à Berck pour ostéite du cubitus, son mari est mort de tuberculose pulmonaire. La malade a eu deux enfants : un fils a fait une coxalgie, une fille a fait un mal de Pott.

OBSERVATION XXI (Calvé-Galland).

V. Georges, 25 ans, entre à X. le 5 juillet 1925 pour mal de Pott avec Paraplégie.

Le père est bien portant, la mère a fait à 15 ans une ostéite du poignet.

Un cousin germain maternel a fait à l'âge de 20 ans un mal de Pott lombaire.

OBSERVATION XXII (Dr Tridon).

T. Roger, âgé de 16 ans entre à X... le 15 juillet 1927 pour ostéite juxta-coxale droite, a une sœur âgée de 21 ans, soignée à Berck pour une coxalgie grave depuis 7 ans.

OBSERVATION XXIII (Tridon).

P. Jean, âgé de 28 ans, entre à X... le 8 mars 1928 pour une ostéite de l'ischion droit.

A un autre frère âgé de 19 ans, soigné à Berck pour un mal de Pott dorsal inférieur. 3 autres frères bien portants. Pas d'autres renseignements.

OBSERVATION XXIV (Tridon).

F.. Marie, âgé de 12 ans, entre à X... le 17 octobre 1925 pour un mal de Pott dorsal inférieur. Congestion pulmonaire à l'âge de 10 ans.

Son frère âgé de 21 ans, entre à X... le 28 octobre 1928 pour un mal de Pott dorsal intérieur fistulisé. Pleurésie séro-fibrineuse en juin 1928.

Ces 24 observations ont donc été rapportées ici comme confirmation de nos impressions : les conditions où elles ont été prises nous empêcheraient cependant de conclure à la fréquence de faits semblables bien que nous soyions autorisés à dire par MM. Tridon Calvé et Galland que n'ayant pas fait des recherches précises à ce sujet, ils n'ont pu garder intact le souvenir de tous les cas rencontrés.

Ne demandons donc pas à ces observations ce qu'elles ne peuvent nous donner, et ce n'est qu'après avoir produit notre statistique personnelle que nous pourrons voir si, comme on l'a prétendu, ces faits, rares et isolés, n'ont frappé les médecins qu'en raison de leur rareté même.

Quels renseignements sont-elles cependant susceptibles de nous apporter, on peut voir dans les observations IV, V, X, XI, XIII, XIV, XX un enfant sembler « hériter » d'une localisation osseuse que fit son père ou sa mère : dans les observations VI, VIII, XVII, XIX, XXII, deux frères ou deux sœurs, frappés à quelques années d'intervalle et souvent au même âge d'un mal de Pott ou d'une coxalgie, enfin dans les observations I, II, III, VII, XII) XVI etc. un oncle ou une tante, un neveu ou une nièce, voire même deux cousins germains localisant le bacille sur le même terrain.

Comment interpréter cette observation V où le père fut atteint d'un mal de Pott 5 ans après la naissance d'une fille qui, 14 ans après, était soignée à Berck pour la même affection ? Doit-on voir là la

prédisposition tuberculeuse transmise à un enfant avant même l'éclosion chez le géniteur de la manifestation osseuse ?

Et l'observation XV ? Nous n'oserions pas lui donner la valeur d'une expérience, mais est-il trop osé d'émettre l'hypothèse suivante : un père sain en apparence transmettant une prédisposition qui conduit son fils à faire un mal de Pott lombaire, et un autre enfant d'une autre mère à faire un mal de Pott dorsal, ou doit-on croire à une simple coïncidence ?

Enfin dans l'observation XX, la mère, malade osseuse, n'a-t-elle pas transmis un terrain de résistance à ses deux enfants, plus tard atteints de localisations osseuses, alors que le père avait succombé rapidement de tuberculose pulmonaire. Ne pourrait-il pas y avoir là prédominance physiologique de l'un des deux géniteurs sur l'autre, pour orienter les formes cliniques bacillaires des descendants, dans un sens plutôt que dans un autre ?

Mais n'empiétons pas, et nous essaierons de voir à la suite de la discussion de nos observations personnelles, si leurs renseignements peuvent nous apporter ne serait-ce qu'une présomption en faveur de telle ou telle hypothèse.

* * *

Nous avons tenu à étendre le champ de nos investigations en dehors du cadre de Berck, et désiré savoir si les médecins ou chirurgiens de sanatoria

marins avaient rencontré souvent des faits superposables à ceux que nous venons de noter, et quelle était leur opinion à ce sujet. C'est ainsi que nous nous sommes adressés à MM. Putti (Bologne), Bachman (Zuydscoote), Fohanno (San Salvador), Lefranc (Roscoff), qui ont bien dans leur souvenir des exemples semblables à ceux qui nous intéressent, mais ils paraissent les considérer, du fait de leur rareté comme de simples coïncidences — sans qu'il soit besoin de faire intervenir les notions d'hérédité, pour les expliquer — bien qu'ils aient été frappés (MM. Putti et Lefranc) par le nombre de ganglionnaires et de méningitiques familiaires. MM. Lance (Paris), Vignard (Lyon), nous ont paru « trouver l'explication de ces lésions similaires dans la contagion bien plus importante que l'hérédité ».

CHAPITRE II

Nous allons aborder maintenant la partie personnelle de notre travail, produire et soumettre à la discussion les observations sur lesquelles repose notre enquête.

Il est bien entendu que nous nous en tiendrons exclusivement au domaine des faits, en dehors des questions d'école et de tendances, et que si les exemples que nous enregistrons font partie de l'ensemble plus vaste du chapitre de l'hérédité bacillaire du terrain, nous ne l'aborderons que dans le sens qui nous intéresse strictement, et laisserons délibérément de côté l'étude des conditions humorales de terrain et de toutes les causes occasionnelles qui permettent de sonner l'éveil de l'activité du bacille. Pas plus nous n'opposerons le rôle de la contagion et de l'hérédité : il ne vient en effet à l'idée d'aucun détracteur de contester le rôle essentiel du bacille de Koch dans le déterminisme de la tuberculose.

Enfin pour préciser les données du problème, ainsi restreint, nous rechercherons comme dans les observations qui ont servi de point de départ à notre travail, s'il est fréquent de voir ascendants et des-

cendants directs ou indirects présenter des manifestations de même terrain — osseuses puisque ce sont celles que nous avons eu surtout l'occasion de voir à Berck — et si une explication ou une présomption d'explication peut être donnée par l'analyse de nos observations.

Mais pour qu'on puisse concéder quelque intérêt aux résultats de notre enquête. Nous voudrions exposer notre méthode et en montrer les quelques difficultés.

Nos recherches portent sur 225 enfants de 2 ans 1/2 ou 3 ans, à 15 ans tous hospitalisés à l'Hôpital Maritime et d'autre part, sur 240 adultes hommes et femmes à partir de 15 ans — comme il est admis dans les hôpitaux — et tous en traitement à l'Hôpital Maritime annexe. Les malades des deux catégories proviennent des hôpitaux de l'Assistance publique de Paris.

Les observations des enfants ont été prises au hasard des visites des parents aux enfants, les dimanches et jours de fête : celles des adultes l'ont été directement auprès d'eux, mais souvent les renseignements recueillis ont été corroborés ou complétés par ceux émanant de la famille elle-même.

Tous, enfants ou adultes sont porteurs d'une ou plusieurs lésions tuberculeuses chirurgicales dont l'origine est indubitable : chaque malade possède en effet son dossier où sont notés les résultats des examens successifs cliniques de M. le D^r Sorrel, les

examens radiographiques, biologiques et bactériologiques (Hecht, Wassermann, recherche de bacilles par culture, homogénéisation, inoculation au cobaye et cuti-réaction). Les diagnostics hésitants des malades des lazarets encore en observation ont été éliminés. Malgré les limites très restreintes de notre travail nous avons voulu nos observations et notre interrogatoire aussi complets que possible : diagnostic précis de la maladie (qui au moment de l'observation avait toujours fait ses preuves diagnostiques), date de début, association de lésions bacillaires, antécédents personnels (pleurésie, maladies anergisantes, syphilis, grossesses antérieures, temps écoulé entre la dernière et le début clinique de la lésion en cause) ; antécédents héréditaires, côté paternel, côté maternel, recherches aussi loin que possible dans les ascendants, âge des frères et sœurs, celui des collatéraux, consanguinité, diathèses en général, alcoolisme, séjours en dehors de la famille pour les enfants, profession des adultes, âge de l'arrivée de la campagne à Paris, hygiène d'alimentation et d'habitation, moyens de préservation de l'enfant.

Ces recherches de renseignements ont présenté souvent de nombreuses difficultés, quelquefois insurmontables, nous obligeant à ne pas tenir compte d'un début d'interrogation. Rarement nous avons eu à nous heurter à une mauvaise volonté évidente, plus souvent nous avons cru bon, devant des parents réticents, de procéder à un interrogatoire

séparé du père et de la mère, enfin bien plus souvent nous avons déploré d'avoir affaire à des parents indifférents, peu observateurs, totalement ignorants des maladies des leurs et incapables par suite de nous renseigner sur les antécédents héréditaires de leurs familles.

Et même en admettant que chaque fois nous ayions pu produire des observations complètes, il fut souvent bien difficile de dépister la source de contamination ; si bien souvent les notions péremptoires d'hémoptysies, de réformes à 100 %, de radio et d'examens de crachats positifs, nous ont facilité l'interrogatoire, quel rôle de certitude dans la contagion attribuer au vieux tousseur et cracheur, à l'asthmatique, au bronchitique chronique, à l'emphysémateux, au parent mort de « chaud et froid » qui dans certains cas, certes, a été en contact direct et permanent avec l'enfant, mais dans d'autres ne l'a été que pendant de courtes vacances ou au cours de simples visites ? Nous dirons, il est vrai, que des travaux, entre autres ceux de MM. Courcoux et Labesse tendent à les admettre comme des contamineurs certains, et souvent même particulièrement dangereux pour leur entourage. En fait, il faut reconnaître qu'il est souvent bien difficile d'établir une relation mathématique entre la gravité de la maladie d'un contamineur, et l'intensité d'une contamination ; il en est de même pour la durée du contagé bien souvent difficile à préciser même dans une enquête aussi sérieuse que possible.

Toutes ces difficultés, d'importantes chez l'enfant deviennent chez l'adulte bien souvent insurmontables, et les déductions bien hasardeuses : on retrouve cependant des cas où la contagion familiale paraît certaine, mais plus nombreux sont ceux où le malade ayant depuis longtemps quitté sa famille n'a gardé que peu de souvenirs des antécédents des siens, et ce ne sont pas les recherches du côté de la « contamination de rue », hygiène et entourage de l'atelier ou de l'usine qui pouvaient nous procurer des éléments de grande précision. C'est ainsi que nous avons le souvenir de cas où le malade porteur de tuberculoses externes tentait d'expliquer sa maladie par une contagion au cours d'une conversation de quelques minutes avec un camarade tousseur !

Etant donné la forme que nous désirerions donner à notre travail, il ne peut s'agir de consigner toutes nos observations, nous ne rapporterons que celles d'enfants et d'adultes où l'interrogatoire a révélé au moins deux localisations osseuses similaires.

Plusieurs plans de reproduction de nos observations s'offraient à nous, nous avons adopté sans souci d'originalité celui qui nous a semblé le plus pratique : nous les avons classés en deux catégories : enfants et adultes dans l'ordre où elles se sont présentées à notre interrogatoire.

OBSERVATION I

B... Lucette, 5 ans. Arrive à l'H. M. le 12 mai 1923 pour un mal de Pott cervical. Rougeole et varicelle il y a 2 ans.

Le père, la mère et une sœur âgée de 12 ans sont bien portants. L'enfant a 5 oncles ou tantes maternels : l'un d'eux ganglionnaire suppuré à l'âge de 8 ans actuellement âgé de 38 ans et bien portant, a une fille D... Simone, âgée de huit ans, soignée à l'H. M. pour une coxalgie fistuleuse dont le début est contemporain de l'affection de sa cousine germane. Source de contag non décelé.

OBSERVATION II

C... Georgette, 10 ans. Arrive à l'H. M. le 12 septembre 1924 pour un mal de Pott lombaire (morte le 7 juin 1925 de méningite bacillaire).

Le père manoeuvre, 37 ans a été soigné à Berck à l'âge de 15 ans pour un mal de Pott lombaire (Dr Cayre) et un an après pour une coxalgie droite traité pendant deux ans. Actuellement bien portant malgré un métier pénible.

OBSERVATION III

V... Roger, 8 ans. Arrive à l'H.M. en mars 1923 pour une ostéo-arthrite tibio-tarsienne du pied gauche et des spinas ventosas multiples.

Le père 39 ans, chaudronnier, bien portant, a eu 3 enfants d'un autre lit, morts tous les trois de méningite tuberculeuse. La mère, 39 ans, parfumeuse est bien portante.

Un oncle, une tante et le grand-père maternels du petit malade sont morts de tuberculose pulmonaire.

Un autre oncle maternel a fait à l'âge de 11 ans une coxalgie droite, 2 ans après une coxalgie gauche.

Immobilisé pendant 8 ans, actuellement âgé de 59 ans, bien portant.

Contagion certaine intermittente pendant 4 à 5 ans.

OBSERVATION IV

D... Charles, 4 ans, arrive à l'H. M. en avril 1924 pour spina ventosa du pied et de la main droite en septembre 1924. Ostéite du cubitus droit. Broncho-pneumonie à 3 ans.

Le père, 47 ans, mécanicien en bonne santé.

Une tante paternelle, mariée, a 4 enfants bien portants. La mère, 46 ans, très bien portante a fait à l'âge de 9 ans une ostéite de l'humérus droit ayant suppuré pendant 6 mois sans prise de l'articulation du coude.

Un oncle maternel âgé de 48 ans a été soigné pendant 4 ans à l'âge de 15 ans pour ganglions cervicaux et axillaires bien cicatrisés présente encore un lupus de la face. L'enfant voyait très rarement son oncle.

Grands-parents morts très vieux.

Contagion familiale très incertaine.

OBSERVATION V

R... Roger, 6 ans. Arrive à l'H. M. le 13 mars 1922 pour un mal de Pott dorsal avec grosse gibbosité et abcès.

Le père, 36 ans, serrurier, actuellement bien portant, a été envoyé à Berck, à l'âge de 7 ans pour « anémie ».

Une tante paternelle, 20 ans, mariée à 16 ans tousse beaucoup, a fait une fausse-couche de 7 mois 1/2.

Le grand-père paternel est mort de *néphrite chronique*.

Une autre tante paternelle de 65 ans a eu une fille morte à 30 ans d'un *mal de Pott dorsal* avec grosse gillosté soignée pendant 10 ans.

La mère est très bien portante : très nombreuse famille sans aucun antécédent bacillaire.

L'enfant a un frère et une sœur respectivement âgés de 4 et 9 ans, une autre sœur âgée de 11 ans atteinte de bronchite chronique est soignée à Hendaye.

Ces enfants n'ont jamais quitté leurs parents. Source de contagé non décelé.

OBSERVATION VI

L... Andrée, 11 ans, entre à l'H. M. le 9 décembre 1920 pour un *mal de Pott dorsal* et une *tumeur blanche* du genou.

Le père 32 ans, ferreur et la mère cartonnrière, 35 ans, sont en bonne santé.

Un oncle maternel, 38 ans, fut soigné à Berck pendant 3 ans à l'âge de 8 ans pour une coxalgie droite.

Une tante maternelle a un enfant qui fut soigné à Berck (Hôpital Cazin) pour un *mal de Pott*.

Une sœur de 6 ans très bien portante. Source de contagé non décelé.

OBSERVATION VII

G... Christiane, 14 ans. Arrive à l'H. M. en juin 1921 pour un *mal de Pott dorso-lombaire*. Coqueluche, rougeole, scarlatine longtemps avant l'éclosion de l'affection osseuse.

Le père, employé de magasin, fit à 20 ans pendant son

service militaire un mal de Pott lombaire fistulisé à la racine de la cuisse : ni diagnostiqué, ni traité. Cicatrisé un an après le début (diagnostic radiographique restrospectif) ; à 39 ans coxalgie droite actuellement en traitement.

Le grand-père paternel — chez qui l'enfant allait en vacance — est mort à 50 ans de tuberculose pulmonaire, la grand'mère de cirrhose de Laënnec.

Une grand'tante est morte « bossue » après 3 ans de traitement à l'âge de 16 ans.

La mère 35 ans a un sommet droit suspect à la radio et à l'examen ne tousse ni ne crache. Bonne hygiène. Deux tantes maternelles mortes de tuberculose pulmonaire. Trois autres sont bien portantes ainsi que les grands-parents. Contagion certaine pendant 8 à 10 ans.

OBSERVATION VIII

D... René, 6 ans, entre à l'H. M. le 18 février 1925 pour une tumeur blanche du genou. Rougeole et scarlatine en 1924.

Le père préparateur en pharmacie, 43 ans. Pleurésie en 1910, auxiliaire pendant la guerre, tousse et crache.

Une tante paternelle, 60 ans, est atteinte de « luxation congénitale » probable.

La grand'mère paternelle morte à 62 ans « boitait du genou » depuis son enfance, un oncle paternel est mort à 30 ans de coxalgie dont le début remontait à l'âge de 3 ans. La mère, 45 ans, est bien portante, une tante âgée de 30 ans a fait à 18 ans une hémoptysie. Contage probable.

OBSERVATION IX

S... Lucienne, 7 ans. Arrive à l'H. M. le 17 février 1923 pour un mal de Pott lombaire.

Le père est mort de tuberculose pulmonaire.

L'enfant avait à sa mort 2 ans et vivait avec lui.

La mère paraît bien portante mais a fait un an après la naissance de l'enfant une pleurésie séro-fibrineuse.

Un oncle maternel est atteint de bronchite chronique.

Un autre a fait à l'âge de 15 ans un mal de Pott dorsal.

La grand'mère est morte de laryngite bacillaire.

Une sœur âgée de 12 ans a une broncho-pneumonie qui dure depuis 6 mois.

Contagion certaine pendant 2 ans.

OBSERVATION X

F... Justin, 10 ans. Arrive à l'H. M. le 14 novembre 1923 pour des spinas ventosa du 2^e métatarsien gauche.

Le père prisonnier de guerre est atteint de tuberculose pulmonaire, est rentré en France en 1917. Réformé à 100 %.

7 oncles ou tantes paternels bien portants.

La mère est en bonne santé.

Elle a une sœur qui est morte à 28 ans de coxalgie fistuleuse.

2 frères respectivement de 12 et 2 ans 1/2 sont en bonne santé.

Contagion familiale certaine pendant 7 ans.

OBSERVATION XI

C... Marcel, 6 ans, arrive à l'H. M. le 9 mars 1923 pour un mal de Pott dorsal et des spinas multiples.

A fait antérieurement : bronchite, broncho-pneumonie et coqueluche.

Le père 35 ans, peintre en bâtiments, gazé de guerre, tousse beaucoup depuis 1918.

La mère 28 ans est bien portante.

Une cousine germaine de l'enfant a fait un mal de Pott dorsal à l'âge de 9 ans. Contagion familiale certaine.

OBSERVATION XII

G... Lucien, 11 ans. Arrive à l'H. M. en mars 1924 pour des abcès froids costaux.

Le père a 41 ans est bien portant.

2 tantes paternelles sont mortes de tuberculose pulmonaire, une autre actuellement en sanatorium. N'a jamais eu de relations avec l'enfant.

La mère âgée de 40 ans a fait à l'âge de 10 ans, des abcès froids multiples, et ostéites des 2 cubitus.

Un oncle maternel que l'enfant n'a jamais vu, est mort à 50 ans de tuberculose pulmonaire.

Une sœur de 19 ans est bien portante. Contagion familiale probable.

OBSERVATION XIII

C..., 14 ans 1/2, arrive à l'H. M. le 6 octobre 1924 pour un mal de Pott cervico-dorsal, a fait antérieurement une rougeole et une angine diphtérique.

Le père 42 ans, ajusteur est en bonne santé.

Un oncle paternel serait mort de fistule à l'anus (?) et une tante de tuberculose pulmonaire.

La mère 41 ans est bien portante.

8 oncles ou tantes maternels : l'un d'eux est mort à l'âge de 10 ans d'une *coxalgie fistuleuse*. Source de contag non décelé.

OBSERVATION XIV

L... Marguerite, 15 ans, arrive à l'H. M. en juillet 1923 pour une *coxalgie droite*.

Le père camionneur est mort à 56 ans probablement d'un cancer de la lèvre.

Un oncle paternel est mort de « chaud et froid », un autre marié avec 2 enfants est bien portant.

La mère 54 ans, tousse un peu depuis un an sans cracher.
2 oncles maternels bien portants.

Une tante qui boite avec un « genou presque ankylosé », a une fille : celle-ci âgée de 25 ans, mariée et mère de 2 enfants bien portants a fait une tumeur blanche du genou. Source de contag non décelé.

OBSERVATION XV

G... Eugène, 8 ans, entre à l'H. M. le 12 novembre 1924 pour une *ostéite scaphoïdienne du pied gauche*.

Le père est mort de tuberculose pulmonaire en juillet 1924, et avait fait étant enfant une *tumeur blanche du genou*.

2 oncles paternels sont morts de tuberculose pulmonaire.

2 cousins germains de l'enfant sont morts vers l'âge de 10 ans, l'un *de mal de Pott*, l'autre de coxalgie.

1 cousine germaine est morte également à peu près au même âge de coxalgie fistuleuse.

La mère serait bien portante, aux dires de l'infirmière visiteuse qui nous a donné ces renseignements.

L'enfant a 4 frères ou sœurs, le plus jeune « suspect » de tuberculose pulmonaire.

Tous ont vécu avec le père jusqu'en avril 1924. Contagion certaine pendant 6 ans.

OBSERVATION XVI

D... Charles, 12 ans, entre à l'H. M. en août 1924 pour une tumeur blanche du genou rechauffée, dont le début remonte à l'âge de 8 ans.

Rougeole à 6 ans.

Le père 44 ans, parqueteur, alcoolique, est scoliotique.

5 oncles ou tantes paternels dont 4 sont morts en bas-âge de maladie inconnue, la 5^e est morte à 12 ans d'une *coxalgie fistuleuse*.

Le grand-père est mort de cirrhose du foie.

La mère 42 ans est bien portante.

Rien à signaler dans sa famille. Source de contagion non décelé.

OBSERVATION XVII

L... Lucien, 5 ans, entre à l'H. M. le 9 juillet 1923 pour une tumeur blanche du genou, a fait antérieurement une congestion pulmonaire et une broncho-pneumonie.

Le père, 35 ans, concierge est bien portant.

La grand'mère paternelle est morte avant la naissance de l'enfant de *tuberculose pulmonaire*.

La mère, 32 ans est en bonne santé.

Un frère de la grand'mère maternelle de l'enfant était gilleux (mal de Pott dorsal de l'enfance). Source de contagion non décelé.

OBSERVATION XVIII

D... Lucien, 11 ans, arrive à l'H. M. en mars 1922 pour une coxalgie droite avec abcès.

Le père, 34 ans, plombier assez bien portant.

A fait la guerre, mais tousse et crache depuis 1918.

Un oncle de 39 ans, une tante de 36 ans, mariés ont chacun 3 enfants bien portants.

La mère 38 ans en bonne santé.

Un oncle maternel a fait une *coxalgie* à l'âge de 5 ans.

Le père de l'enfant est remarié. Sa 2^e femme atteinte de « laryngite chronique » tousse et crache beaucoup, l'enfant a vécu 2 ans avec elle, entre 7 et 9 ans. Contagion certaine pendant 2 ans.

OBSERVATION XIX

Q... Jacqueline, entre à l'H. M. le 12 décembre 1924 pour une coxalgie gauche.

Le père 31 ans, employé au métro est bien portant.

Les grand-père et grand'mère paternels morts tous les deux dans un sanatorium, à l'âge de 50 ans, n'ont jamais eu de contact avec l'enfant.

La mère 31 ans, infirmière bien portante.

2 tantes maternelles mortes jeunes de « convulsions ».

Un grand'oncle maternel de l'enfant a fait une coxalgie de l'enfance.

Ni frère, ni sœur. Source de contagé non décelée.

OBSERVATION XX

D... Henri, 11 ans, entre à l'H. M. le 24 septembre 1925, pour un mal de Pott cervical.

Le père 42 ans, marchand de vins est bien portant.

Une tante paternelle est morte de tuberculose cérébrale à 23 ans.

Un cousin paternel de l'enfant est actuellement soigné pour un mal de Pott cervical.

La mère est bien portante.

2 sœurs de 17 et 15 ans sont en bonne santé.

Source de contagé non décelée.

OBSERVATION XXI

B... Julien, 4 ans, entre à l'H. M. le 12 avril 1925, pour des abcès froids de la cuisse gauche.

Le père chapelier 39 ans, est atteint de tuberculose rénal.

Des 3 tantes paternelles, l'une a fait à l'âge de 4 ans, des spinas des doigts: elle est actuellement âgée de 35 ans, mariée, sans enfant.

Une autre a eu un enfant de 3 ans, soigné il y a 13 ans, à Berck pour spinas des doigts.

Le grand'père paternel avait une fistule à l'anus.

La mère 36 ans, bien portante.

Le grand'père asthmatique est mort pendant la guerre.

L'enfant a 2 autres frères, l'un âgé de 18 ans, a un bec de lièvre.

L'autre âgé de 15 ans est bien portant.

Contagion familiale probable.

OBSERVATION XXII

F... Marguerite, 11 ans 1/2, entre à l'H. M. le 15 février 1924, pour une coxalgie gauche.

Le père 39 ans, employé d'assurances a été réformé après 6 semaines de front ; depuis tousses et crache abondamment.

Un oncle et une tante morts de « chaud et froid ».

La mère âgée de 49 ans, est bien portante.

Une tante maternelle qui fit à 8 ans, une tumeur blanche du genou, est morte à 15 ans, de dégénérescence amyloïde.

4 frères ou sœurs bien portants.

Contagion certaine pendant 6 ans.

OBSERVATION XXIII

G... Charles, 14 ans, entre à l'H. M. le 9 avril 1924, pour une tumeur blanche du genou droit.

Le père 38 ans, métallurgiste est bien portant.

Un oncle paternel a été soigné de 15 à 17 ans, pour une tumeur blanche du genou, actuellement 35 ans, bien portant.

Grand-père alcoolique.

La mère âgée de 38 ans, est en bonne santé.

Un oncle maternel est mort à 3 ans et demi de méningite.

Rien d'autre à signaler. Source de contagion non décelée.

OBSERVATION XXIV

Ch..., 15 ans, arrive à l'H. M. le 17 septembre 1924, pour une ostéite du frontal et une ostéo-arthrite libio-tarsienne du pied gauche, traitée par astra galectomie précoce : en avril 1926, mal de Pott lombaire.

Le père est réformé à 100 % pour tuberculose pulmonaire.

La mère 39 ans, a fait à l'âge de 3 ans, une tumeur blanche des 2 coudes. Un frère de 18 ans, bien portant.

Aucune hygiène, misère physiologique. Contagion certaine pendant 7 ans.

OBSERVATION XXV

N... Robert, 14 ans, arrivé à l'H. M. le 17 septembre 1924, pour un mal de Pott lombaire avec grosse giblosité.

Le père 43 ans, menuisier est en bonne santé : de 3 oncles paternels, deux sont bien portants. Le 3^e est mort de coxalgie fistuleuse à l'Hôpital Maritime, à l'âge de 6 ans.

La mère est âgée de 43 ans, et bien portante, 10 oncles ou tantes maternels, 1 tante actuellement âgée de 30 ans, a fait une coxalgie droite à l'âge de 5 ans, soignée en Bretagne et conserve toujours des fistules ouvertes (l'enfant n'a jamais eu de contact avec elle),

2 tantes et un oncle sont morts respectivement de méningite tuberculeuse à 5, 7 et 11 ans,

1 tante, 35 ans, mariée, bien portante a eu un enfant, mort à 2 ans, de méningite bacillaire.

Aucune hygiène d'habitation. Contagion familiale incertaine.

OBSERVATION XXVI

Ch..., 9 ans, arrive à l'H. M. le 12 septembre 1923, pour une tumeur blanche du genou. Le père 38 ans, boucher à la Villette ; état général médiocre, est atteint de bronchite chronique, a fait toute la guerre : radio et plusieurs examens de crachats négatifs.

Le grand-père 62 ans, est bronchitique chronique. La mère 29 ans, est bien portante.

1 oncle maternel, mort à l'âge de 5 ans, de méningite tuberculeuse avait été soigné pendant 2 ans, pour une coxalgie droite.

L'enfant a une sœur de 4 ans 1/2, qui tousse beaucoup. Contagion familiale probable.

OBSERVATION XXVII

C... Emile, 15 ans, arrive le 9 avril 1924, à l'H. M. pour une coxalgie droite fistuleuse dont le début remonte à l'âge de 3 ans.

Le père 54 ans, manœuvre, alcoolique invétéré, 3 tantes paternelles, mariées, avec nombreux enfants bien portants.

Le grand-père a fait à 40 ans, une tumeur blanche du genou, la grand'mère est morte jeune.

La mère 56 ans, bien portante. Le malade a 11 frères ou sœurs : 7 sont morts dont 3 en bas âge de méningite bacillaire. Des 4 vivants 3 sont respectivement âgés de 30, 24 et 19 ans et bien portants, le 4^e âgé de 17 ans, est soigné depuis 1 an pour une tumeur blanche de l'épaule. Misère physiologique. Contage familial probable.

OBSERVATION XXVIII

L... Marguerite, 15 ans, entre à l'H. M. en juillet 1923 pour une coxalgie droite.

Le père, 56 ans, camionneur en vins, est bien portant, un oncle paternel que l'enfant ne voyait que très rarement est mort de « chaud et froid ».

La mère, 54 ans, voix voilée, tousse un peu sans cracher ; 2 oncles maternels sont bien portants; 1 tante, 45 ans, «boite» et sa fille âgée de 24 ans mariée et ayant deux enfants bien portants a été soignée.

OBSERVATION XXIX

N., Emile, 7 ans, arrive à l'H. M. le 17 mai 1924 pour un mal de Pott lombaire avec abcès.

Le père, 26 ans, réformé de guerre pour bacillose pulmonaire (l'enfant vivait avec la grand'mère maternelle avec cependant les visites fréquentes du père).

Le grand-père paternel est mort de cirrhose de Laënnec. La mère, 25 ans, chocolatière, est bien portante. Un oncle maternel marié, a un enfant de 5 ans soigné à l'H. M. pour abcès froids multiples ; un autre oncle est soigné depuis 3 ans pour tuberculose intestinale ; 2 autres frères sont morts : l'un à 14 ans de maladie inconnue, un autre en bas âge de méningite bacillaire. La mère du petit malade a fait une fausse couche de 2 mois. Contagion certaine pendant 6 ans.

OBSERVATION XXX

V... Raymond, 12 ans, entre à l'H. M. le 15 décembre 1920 pour une coxalgie droite. A fait antérieurement la rougeole.

Le père, très bien portant, a été tué à la guerre, un oncle paternel a fait à 14 ans un mal de Pott dorsal avec grosse gibbosité.

La mère, 41 ans, est bien portante; 4 oncles maternels en bonne santé, l'un d'eux a une fillette de 7 ans atteinte de ganglions cervicaux suppurés.

Le père et la mère étaient cousins germains.

Contagion familiale incertaine.

OBSERVATION XXXI

G... René, 7 ans, entre à l'H. M. en octobre 1921 pour un mal de Pott cervical. Adénopathie trachéo-bronchique.

Le père, 36 ans, garçon de magasin, a été opéré d'ostéite costale en 1920, fait des bronchites tous les hivers, touse et crache : a fait toute la guerre. Un oncle paternel, 26 ans, bronchitique chronique; 2 tantes mortes de tuberculose pulmonaire à 17 et 24 ans.

La grand'mère paternelle est morte de tuberculose pulmonaire à 40 ans.

Rien à signaler du côté de la famille de la mère.

Un frère est mort à la naissance (?), un autre de 4 ans est bien portant. Contagion certaine pendant 6 ans.

OBSERVATION XXXII

B... Marcel, 5 ans, arrive à l'H. M. le 9 avril 1924 pour une coxalgie droite avec spinas du 3^e métatarsien gauche : a fait la rougeole à 3 ans 1/2. Le père, 38 ans, est bien portant.

De 3 oncles paternels; l'un a été soigné pendant très longtemps à l'Hôtel-Dieu pour bronchites, le 2^e pendant plusieurs mois pour congestion pulmonaire(?), le 3^e est bien portant.

Une tante est morte de méningite à 2 ans, une autre actuellement âgée de 29 ans a fait une coxalgie à l'âge de 3 ans.

La mère, 35 ans, a un très mauvais état général : ne tousse ni ne crache. Contage non décelé.

OBSERVATION XXXIII

D... Germaine, 10 ans 1/2, arrive à l'H. M. le 21 juin 1924 pour un mal de Pott lombaire.

Le père, 35 ans, serrurier, est bien portant; un oncle est mort de tuberculose pulmonaire ; une tante tousse et crache depuis 5 ans ; une autre a sa fille D. Yvonne soignée à Berck pour adénites cervicales bacillaires.

La mère, 29 ans, est bien portante; 11 oncles ou tantes maternels de l'enfant sont morts de « convulsions » ?

Le grand-père maternel 51 ans, a été opéré en 1919 d'os-éite costale et d'abcès froids cervicaux après avoir fait toute la guerre. Contagion familiale certaine.

OBSERVATION XXXIV

V. Odette, 17 ans, entre à l'H. M. annexe en juillet 1921 pour une coxalgie droite fistuleuse.

La malade a 4 frères tous plus âgés qu'elle et bien portants.

Le père, 47 ans, monteur en chauffage central, est en bonne santé ; rien à signaler chez collatéraux et grands parents.

La mère, 48 ans, bien portante, a un frère et 4 sœurs, l'une d'elles, âgée de 38 ans, a une enfant actuellement âgée de 20 ans qui fit une coxalgie à l'âge de 6 ans.

OBSERVATION XXXV

F... Georgette, 29 ans, entre à l'H. M. A., le 12 avril 1924 pour un mal de Pott dorsal inférieur, ostéite des extrémités tibiales inférieures droite et gauche et ostéites des 2 cubitus.

Les lésions ont débuté il y a 13 ans, donc à l'âge de 16 ans, par le pied gauche.

Son père est mort de cancer de l'estomac ; un oncle paternel a un fils qui à l'âge de 6 ans fit une coxalgie : actuellement bien portant.

Un autre oncle paternel a un fils qui fit à 8 ans une tumeur blanche du genou.

Rien à signaler du côté de la mère. Source de contag non décelée.

OBSERVATION XXXVI

L... Charlotte, 27 ans, arrive à l'H. M. A. le 17 juillet 1924 pour une ostéo-arthrite du genou gauche. Bronchite depuis 4 hivers.

Son père est mort à 67 ans d'embolie cérébrale, sa mère âgée de 65 ans est bien portante.

La malade a un frère qui fut soigné pendant 2 ans à l'âge de 17 ans pour une ostéo-arthrite du genou, et une sœur qui fit à 17 ans une pleurésie séro-fibrineuse ponctionnée. Source de contag non décelée.

OBSERVATION XXXVII

Ch... Odette, 23 ans, arrive à l'H. M. A. le 29 janvier 1923 pour foyers multiples, gommes, ostéite du malaire et du cubitus.

Son père, contrôleur, aux P. T. T., 62 ans et sa mère, 42 ans, sont bien portants. La malade a eu 4 tantes maternelles, l'une est morte au cours d'un traitement pour coxalgie, les 3 autres sont mariées, bien portantes.

Un frère, dessinateur, 23 ans, bien portant. Source de contag non décelée.

OBSERVATION XXXVIII

D... Louise, 25 ans, arrive à l'H. M. A. en juillet 1925 pour une tumeur blanche du genou, et une ostéo-arthrite du coude gauche.

Son père est mort à 48 ans d'un « chaud et froid » : il avait fait une ostéo-arthrite du genou à l'âge de 12 ans.

Un oncle et une tante paternels tous deux mariés ont des enfants bien portants.

Sa mère a 53 ans, bien portante.

La malade a 2 frères et 3 sœurs bien portants.

Contagion probable par le père : la malade avait 15 ans à sa mort.

OBSERVATION XXXIX

T. 35 ans, lingère, arrive à l'H. M. A. le 19 septembre 1925 pour un mal de Pott lombaire : son père menuisier a 85 ans, sa mère a fait un rhumatisme articulaire aigu à l'âge de 20 ans.

La malade a eu un père tué à la guerre et 3 sœurs : la plus jeune des trois, a fait à l'âge de 18 ans une ostéo-arthrite du pied gauche. Multi-fistuleuse : actuellement 52 ans, bien portante.

OBSERVATION XL

G. Georges (1) tailleur 37 ans entre à l'H. M. A. le 14 décembre 1923 pour un mal de Pott lombaire. A présenté à l'âge de 15 ans des ganglions cervicaux suppurés avec récurrence à 18 ans, et à 23 ans de nouvelles localisations axillaires et inguinales.

Le père est mort à 42 ans d'une tumeur blanche du genou,

1. Cette observation nous a semblé tellement troublante que nous avons cru devoir interroger plusieurs fois le malade comme moyen de contrôle : les renseignements recueillis ont été confirmés par une de ses 2 sœurs.

une tante paternelle a fait un mal de Pott lombaire à l'âge de 33 ans ; elle est actuellement âgée de 53 ans.

2 oncles paternels : l'un est bien portant, l'autre âgé de 61 ans a fait à l'âge de 29 ans une tumeur blanche du genou gauche.

Le grand-père paternel est mort vieux, la grand'mère est morte d'une tumeur blanche du genou droit à 45 ans.

Sa mère a fait à 60 ans une ostéite costale : morte à 65 ans, ni oncle ni tante maternel.

Le malade a deux sœurs, l'une âgée de 34 ans est actuellement soignée à Kerpapp pour un mal de Pott lombaire, l'autre a fait un ulcère d'estomac à 23 ans.

OBSERVATION XLI

B. Léontine 32 ans, arrive à l'H. M. A. le 19 novembre 1921 pour une coxalgie et un mal de Pott dorso-lombaire dont elle souffre depuis l'âge de 18 ans. Le père est mort à 49 ans d'anthrax et d'érysipèle ; aucun renseignement sur deux tantes paternelles.

La mère est morte à 64 ans de cancer de l'estomac. Une tante maternelle est morte à l'âge de 8 ans de mal de Pott dorsal fistuleux, 3 oncles maternels l'un ganglionnaire est mort à 25 ans de tuberculose pulmonaire.

Gros antécédents de tuberculose pulmonaire du côté maternel. Pas d'enfants. Mari bien portant. Contagion familiale certaine.

OBSERVATION XLII

D. Marie Antoinette, célibataire, 38 ans, arrive à l'H. M. A. en mars 1924 pour une tumeur blanche du genou.

Son père est mort à 41 ans de bronchite et de « maladie de la moelle épinière » ? il a été soigné de 7 à 14 ans pour une tumeur blanche du genou.

Ses grands-parents sont morts très vieux.

Pas de renseignements du côté de la mère.

OBSERVATION XLIII

Ch. Henri 31 an employé de commerce, célibataire, arrive à l'H. M. A. le 30 juillet 1923 pour un mal de Pott cervical et lombaire, ostéo-arthrite tibio-tarsienne du pied droit.

Le père 75 ans a toujours fait des bronchites à répétition. 3 oncles paternels sont morts de maladie inconnue. 3 tantes vivantes sur lesquelles nous n'avons aucun renseignement.

Une cousine germaine a fait une tumeur blanche du coude, une autre, une tumeur blanche du genou à l'âge de 13 ans, actuellement 30 ans est bien portante.

Grands-parents paternels morts très vieux. La mère est morte à 35 ans de suites de couches. Aucun renseignement sur 1 oncle et 2 tantes maternels. Le malade a 4 frères : âgés de 26, 33, 34 et 39 ans (l'un est réformé de guerre à 100 %, les 3 autres sont bien portants) et 3 sœurs de 24, 28 et 36 ans ; celle de 24 ans a une otite chronique suppurée depuis 4 ans.

OBSERVATION XLIV

J. André, 38 ans perceur, arrive à l'H. M. A. le 17 décembre 1924 pour une tumeur blanche du genou : ganglions cervicaux il y a 8 ans.

Sa femme, 35 ans, est bien portante. Il a 4 enfants respectivement âgés de 12, 9, 6 et 3 ans tous bien portants.

Son père âgé de 58 ans et sa mère 50 ans sont en bonne santé ainsi que deux frères mais une sœur âgée de 25 ans est actuellement en traitement pour un mal de Pott lombaire.

OBSERVATION XLV

S. Arthur, 43 ans et demi marié, remouleur, entre à l'H. M. A. le 13 juin 1923 pour un mal de Pott lombaire a fait antérieurement une pleuro-pneumonie à droite, une congestion pulmonaire gauche, une pleurésie gauche en 1916 : sa femme est en bonne santé, pas d'enfants.

Le père est mort de congestion cérébrale à 51 ans, 6 oncles ou tantes paternels sont tous morts vers 60 ans de maladie inconnue ; une cousine germaine actuellement âgée de 32 ans a fait à l'âge de 11 ans un mal de Pott soigné pendant 2 ans.

Grands-parents paternels morts très vieux.

La mère est morte à 50 ans de congestion pulmonaire, un frère et une sœur bien portants.

OBSERVATION XLVI

S. Auguste, chauffeur de four à coke, célibataire, 32 ans, entre à l'H. M. A. pour mal de Pott dorsal. A fait antérieurement une bronchite.

Son père est mort très jeune de maladie inconnue un oncle paternel, amputé à 40 ans pour tumeur blanche du genou est mort 3 mois après l'opération.

La mère a 55 ans, est bien portante.

4 oncles maternels sur lesquels on n'a aucun renseignement.

Une cousine germaine a fait un mal de Pott dorsal à l'âge de 16 ans, actuellement 22 ans, porte toujours un corset.

OBSERVATION XLVII

M. Roger, 18 ans, sans profession, entre à l'H. M. A. en janvier 1924 pour coxalgie droite : pas d'antécédent personnel.

Le père a 48 ans, a fait une crise de rhumatisme articulaire aigu et une méningite cérébro-spinale.

Une tante paternelle morte à 20 ans de fièvre typhoïde, grands-parents paternels morts très vieux.

Sa mère est morte à 36 ans de la grippe en 1918, 5 oncles maternels dont on n'a aucun renseignement ; son grand-père maternel a été soigné à 35 ans pour une tumeur blanche du coude.

Ni frère ni sœur.

OBSERVATION XLVIII

E... André, 33 ans, célibataire, entre le 13 juin 1923 à l'H. M. A. pour un mal de Pott lombaire.

Le père est mort de néphrite chronique à 61 ans, un oncle paternel, 58 ans, bien portant, a eu 4 enfants : l'un est mort de méningite (?) à 34 ans ; une fille de 20 ans est actuellement en traitement pour une coxalgie en évolution, les 2 autres sont mariés et bien portants.

La mère, cardiaque et diabétique, est morte à 63 ans ; 4 oncles maternels sont morts de maladies inconnues ; un autre, célibataire, est bien portant.

Le malade a eu 6 frères et 6 sœurs : 6 sont morts : 3 en bas âge de maladies inconnues, un autre à 24 ans de méningite et les 2 derniers de « chaud et froid » à 17 et 19 ans. Contagion familiale certaine.

OBSERVATION XLIX

B... Georges, mécanicien, 38 ans, arrivé à l'H. M. A. le 20 août 1924 pour une coxalgie dont le début remonte à 1922 : depuis son entrée a fait successivement un mal de Pott dorsal, puis lombaire, une épидidymite bilatérale, une tumeur blanche du poignet droit et une ostéite costale.

Le père est mort alcoolique à 46 ans, une tante paternelle est morte de fièvre typhoïde.

La mère a 64 ans, bien portante, grands-parents paternel et maternel morts très vieux.

Le malade a 3 frères et 2 sœurs : 4 sont bien portants, mais un frère a fait une coxalgie à l'âge de 3 ans, une coxalgie et une méningite bacillaire deux ans après.

Sa femme, 39 ans, est bien portante ; 3 enfants de 12, 16 et 18 ans bien portants.

OBSERVATION L

B... Liliane, 19 ans, employée de bureau, entre en février 1924 à l'H. M. A. pour une ostéo-arthrite du poignet, a fait antérieurement une pneumonie et la rougeole.

Le père, 60 ans, a été soigné il y a 30 ans à Berck, pour une tumeur blanche du genou.

La mère, 55 ans, est rhumatisante. La malade a 2 sœurs, l'une âgée de 32 ans tousse toujours :

OBSERVATION LI

M... Georgette, 25 ans, arrive à l'H. M. A. en décembre 1923 pour une coxalgie droite réchauffée dont le début remonte à l'âge de 12 ans. Pleurésie 6 mois avant l'éclosion de l'affection.

Le père, 65 ans, cantonnier, est bien portant ; 3 oncles paternels : 2 sont bien portants mais l'un d'eux a perdu une fille de 18 ans de « chaud et froid », le 3^e a été tué à la guerre et l'un de ses 5 enfants a été soigné à Berck pendant 2 ans pour une tumeur blanche du coude à 18 ans.

La mère a 55 ans, bien portante ; 3 frères et 2 sœurs bien portants.

OBSERVATION LII

P... Odette, 19 ans 1/2, arrive à l'H. M. A. le 19 juillet 1924 pour un mal de Pott dorso-lombaire et une ostéo-arthrite du poignet gauche.

Le père, 57 ans, « chauffeur de taxi » est asthmatique : 3 oncles paternels mariés ont chacun un enfant bien portant.

La mère, 42 ans, ménagère, sans antécédent : 3 tantes maternelles bien portantes, mais un oncle a une fille qui à l'âge de 18 ans a fait un mal de Pott dorsal. Le malade a un frère et deux sœurs : le frère âgé de 6 ans a fait une broncho-pneumonie à 4 ans et fait depuis des bronchites fréquentes ; une sœur âgée de 15 ans est bien portante ; l'autre âgée de 12 ans a été opérée d'un spina ventosa de l'auriculaire gauche dont le début remonte à l'âge de 6 ans. Contagion probable par le père.

OBSERVATION LIII

G... Hélène, 35 ans, femme de chambre, entre à l'H. M. A. le 7 août 1925, pour rechute du mal de Pott lombaire déjà traité en 1922 et 1923.

Le père, vigneron, est mort de péritonite (?) en 3 jours à l'âge de 58 ans ; une tante paternelle morte à 69 ans de tumeur au foie fut soignée à 25 ans pour un mal de Pott dorsal, et sa fille actuellement âgée de 37 ans, souffre depuis 3 ans de douleurs dans la colonne vertébrale et dans les 2 jambes (impossible de se procurer d'autres renseignements).

Sa mère est morte de congestion pulmonaire à 63 ans. La malade a eu 8 frères ou sœurs, 2 morts en bas âge de diarrhée infantile, 1 tué à la guerre, une sœur morte à l'âge de 22 ans de méningite tuberculeuse au cours d'un traitement pour mal de Pott dorso-lombaire, les 2 autres sont mariés et bien portants.

OBSERVATION LIV

J... Blanche, 18 ans, vendeuse de magasin, arrive à l'H. M. A. le 20 septembre 1924 pour une tumeur blanche du genou gauche, et des gommés des bras et de la jambe droite. Le père, 46 ans, manoeuvre, a fait à l'âge de 14 ans une coxalgie soignée pendant 3 ans ; 3 oncles paternels : 2 sont bien portants, le 3^e est mort à 46 ans de pleurésie.

La mère, 54 ans, est bien portante : une tante maternelle morte à 22 ans de « chaud et froid » et les grands-parents maternels sont morts de « chaud et froid » vers 75 ans.

La malade a 6 sœurs : 3 célibataires bien portantes, 3 sont mortes : une de rougeole à 21 ans, l'autre à 19 ans de « luxation congénitale de la hanche » (!!) mais elle avait été opérée à 18 ans d'un abcès du genou droit (Dr Mouchet) ; la 3^e de mastoïdite chronique à l'âge de 10 ans.

Contagion probable par les grands-parents maternels.

OBSERVATION LV

B... Louise, 43 ans, arrive à l'H. M. A. le 31 juillet 1923 pour une coxalgie droite. Son mari et ses enfants respectivement âgés de 5, 21 et 23 ans sont bien portants.

Son père est mort à 64 ans de cancer de l'intestin ; 13 oncles ou tantes paternels : 11 sont morts dont deux « bossus » à l'âge de 20 et 25 ans. 1 seul vivant bien portant et célibataire.

Grands-parents morts assez jeunes de maladies inconnues ; un grand-oncle paternel a fait une coxalgie droite à 38 ans. Plusieurs cousins germains sont morts de tuberculose pulmonaire. Sa mère est morte d'infection puerpérale ; un oncle maternel est mort de « chaud et froid », et l'une de ses 6 filles est morte de méningite bacillaire. Ses grands-parents maternels sont morts très vieux.

OBSERVATION LVI

V... Odette, 17 ans, employée de commerce, entre à l'H. M. A., pour une coxalgie fistuleuse droite, dont le début remonte au mois d'août 1921 ; la malade a 5 frères âgés de 20, 22, 25, 28 et 30 ans et tous bien portants.

Le père, 47 ans, monteur en chauffage central, en parfaite

santé ainsi que 3 oncles mariés sans enfants. Grands-parents paternels morts à 72 ans.

La mère âgée de 48 ans est bien portante, de même qu'un oncle du même âge, marié, sans enfant, une tante maternelle de 38 ans a un enfant actuellement âgé de 20 ans qui fut atteint d'une coxalgie sans abcès à l'âge de 6 ans. Source de contag non décelée.

OBSERVATION LVII

B. Madeleine, 25 ans, brodeuse, arrive à l'H. M. A. le 16 juin 1923 pour un mal de Pott sous-occipital dont le début remonte à 1921. En décembre 1923, tumeur blanche du poignet bilatérale.

Pas de renseignements sur le père âgé de 60 ans. Une tante paternelle a 3 enfants, l'un d'eux est mort de tuberculose pulmonaire.

Sa mère est morte à 47 ans de congestion cérébrale. 2 tantes et les grands-parents maternels sont en bonne santé.

La malade a une sœur élevée avec elle, morte à 14 ans d'une tumeur blanche du genou fistuleuse.

OBSERVATION LVIII

C. Jean, 20 ans 1/2, étudiant à l'école des Beaux-Arts, entre à l'H. M. A. en août 1924 pour un mal de Pott sacré et une épидidymite gauche. Bronchopneumonie et rougeole. Bronchite en 1917.

Son père âgé de 55 ans est bien portant. Ses grands-parents paternels sont morts vieux.

Sa mère, âgée de 50 ans, a fait à l'âge de 10 ou 12 ans une adénite cervicale. Dix oncles ou tantes maternels.

Parmi ceux-ci, un oncle a fait un mal de Pott dorsal de l'enfance avec grosse gibbosité, et une tante une tumeur blanche du genou de l'enfance guérie avec quelques mouvements.

OBSERVATION LIX

S. Raymonde, 17 ans, arrive à l'H. M. A. le 12 mai 1923 pour ostéite trochantérienne avec abcès.

Le père, 35 ans, coloriste, réformé avant-guerre pour pleurésie séro-fibrineuse. 11 tantes paternelles toutes mariées avec enfants bien portants, l'une d'elles a une fille âgée de 15 ans, qui a été soignée probablement pour luxation congénitale de la hanche.

La mère, 33 ans, est bien portante : 13 oncles ou tantes maternels : l'un des oncles, actuellement âgé de 39 ans a fait à l'âge de 8 ans un mal de Pott cervical (Pr Broca), sa femme a été internée à Sainte-Anne et ses 8 enfants sont tous morts en venant au monde.

OBSERVATION LX

S., 31 ans, employée de commerce, entre le 16 janvier 1924 à l'H. M. A. pour un mal de Pott ayant débuté il y a environ 10 ans. Son mari est mort d'une angine de poitrine. Pas d'enfant.

Ses parents sont bien portants, un frère est mort à 21 ans de maladie inconnue, une sœur à 23 ans de bacillose pulmonaire, et une autre de 28 ans est actuellement soignée pour

un mal de Pott. Contagion probable il y a 12 ans par la sœur morte de tuberculose pulmonaire.

OBSERVATION LXI

L. Henriette, 32 ans, entre à l'H. M. A. le 17 décembre 1924 pour coxalgie gauche fistuleuse ; son mari, 38 ans, est bien portant. Pas d'enfant.

Le père est mort d'un cancer du foie, la mère, 63 ans, très bien portante.

Une sœur 30 ans, mariée, sans enfant, est en bonne santé, un de ses 2 frères actuellement âgé de 25 ans, fit à l'âge de 25 ans une coxalgie droite.

OBSERVATION LXII

A. Marie, 20 ans, entre à l'H. M. en février 1925 pour une ostéo-arthrite du poignet gauche.

Le père, 51 ans, mineur, a été réformé pour rhumatisme, ne tousse ni ne crache.

8 oncles ou tantes mariés avec nombreux enfants bien portants.

La mère est morte à 29 ans probablement de tuberculose pulmonaire : l'enfant avait 5 ans à sa mort. La malade a eu 4 frères : l'un a 15 ans, se porte bien, les 3 autres sont morts, deux en bas-âge de maladie inconnue, le 3^e de broncho-pneumonie, mais avait fait à l'âge de 11 ans une tumeur blanche du coude droit. Contagion probable par la mère pendant 5 ans.

OBSERVATION LXIII

B. Lucien, 20 ans, relieur. Arrive à l'H. M. A. le 18 mars 1925 pour une tumeur blanche du genou réchauffée dont le début remonte à l'âge de 13 ans. A fait à 18 ans une congestion pulmonaire. Crises comitiales depuis 8 ans

Le père a 61 ans. Bronchitique asthmatique depuis 20 ans. 2 tantes paternelles sont mortes de maladie inconnue à 59 et 60 ans.

1 cousine germaine a fait à l'âge de 4 ans une coxalgie droite : elle est actuellement âgée de 38 ans et bien portante. Grands-parents paternels morts très vieux.

La mère, 58 ans, rhumatisante, un oncle maternel, 53 ans, brightique.

La malade a eu 4 frères ou sœurs : un frère et une sœur âgés de 30 et 17 ans sont bien portants, une sœur est morte à 19 ans de tuberculose pulmonaire, un frère en bas-âge de maladie inconnue.

Contagion certaine pendant 9 ans par la sœur morte de bacillose pulmonaire.

Ces 63 observations ont été recueillies parmi les 465 que nous avons prises dans les deux hôpitaux, ce qui fait un pourcentage de 13,5 % d'observations dans lesquelles on trouve au moins deux localisations par famille, dans une, deux, ou même quelquefois trois générations. Voilà le fait brutal que nous allons livrer à la discussion.

Nous avons trouvé au cours de notre enquête quelques familles de ganglionnaires : nous n'avons

pas voulu en faire état, dans notre statistique en raison même de la fréquence, nous serions tenté de dire de la banalité de ces localisations qui entachent tant de familles ; nous n'avons pas voulu non plus pour les mêmes raisons faire mention des nombreuses méningites que nous avons souvent trouvé : car à côté d'exemples, où les parents ou un quelconque des membres de la famille nous assureraient du diagnostic, trop souvent étaient les cas équivoques de « convulsions » ou même l'étiquette de « morts de maladie inconnue », qui nous ont semblé être fréquemment le moyen d'échapper à toute indiscretion médicale.

Maintenant que nous savons quelle orientation nous avons désiré donner à notre enquête, nous allons chercher dans nos observations s'il est possible d'expliquer, au moins partiellement, le déterminisme des localisations tuberculeuses similaires, chez un ou plusieurs membres d'une même famille.

Pour nous, nous voudrions trouver la réponse au problème qui fait l'objet de notre thèse, dans l'une des deux propositions suivantes :

Est-ce que pour expliquer les différentes manifestations osseuses familiales, la contagion, qu'elle soit familiale ou extra-familiale, riche ou pauvre, permanente ou intermittente, courte ou prolongée est une notion suffisante ; est-ce que ces diverses manifestations ne relèvent que d'une pure coïncidence qu'aucune loi ne régit, et est-il illusoire de tirer une déduction de faits épars au milieu d'éclosions aussi

protéïformes que celles de la maladie tuberculeuse ?

Faut-il au contraire, pour expliquer la coexistence de ces localisations familiales — tout en laissant à la contagion son rôle primordial dans l'éclosion de la tuberculose — déterrer la vieille notion de terrain, et penser qu'elle intervient par transmission de conditions humorales, d'altérations organiques du tissu osseux créant ainsi une méïoprachie comparable à celles qu'on retrouve au cours de la pathologie générale, au niveau du système nerveux, circulatoire ou rénal.

Trouverons-nous dans nos observations le facteur héréditaire ou autre qui permettrait de penser à la réalité de cette prédisposition.

Nous nous sommes attaché aussi fidèlement que possible à relever les notions de contagion, l'âge du contagé et sa durée. Nous savons en effet que pour nombre d'auteurs modernes ce sont les modalités de la contagion qui peuvent expliquer les diverses manifestations tuberculeuses aussi bien celles qui nous occupent que les autres, et qu'en somme l'éclosion d'une localisation osseuse chez un enfant dont le père ou la mère avait localisé antérieurement le bacille tuberculeux sur le même terrain n'est qu'une simple coïncidence, régie avant tout par l'âge, la durée de la contagion familiale ou extra-familiale et l'ancienneté de l'allergie.

Bien que ces renseignements ne fassent pas partie intégrante de notre travail nous voudrions dire en quelques mots le rôle primordial de la contagion

tel qu'il ressort de la lecture de nos observations.

Sur les 225 observations d'enfants de 2 à 15 ans que nous avons recueillies nous avons trouvé 43 % de contagion familiale certaine, et 38,5 % de contagion familiale plus difficile à affirmer ce qui fait un total de 81,25 %, et parmi les 33 observations d'enfants d'osseux où nous avons trouvé des localisations familiales similaires une proportion sensiblement inférieure :

36,3 % de contagion familiale certaine et

21,2 % de contagion moins nette avec un total de 57,5 %. Nous nous garderons d'ailleurs de faire état de cette différence.

Dans tous les cas où nous avons retrouvé le contaminateur la contagion s'est exercée pendant des temps variables que nous avons vu évoluer entre 2 et 9 ans.

Nous ne mettrons pas en parallèle le rôle de la contagion chez l'adulte : dans nos 240 observations de cette catégorie les renseignements ont été tellement incertains, et souvent si lointains dans la mémoire des malades qu'ils fausseraient toute tentative de statistique. Cependant parmi les quelques rares cas où nous avons pu dépister le contaminateur familial, nous avons remarqué quelquefois que l'apparition de la lésion osseuse suivait souvent de très loin le début du contagé et se faisait quelquefois en dehors même de la durée du contagé infectant.

Ne citons que l'observation LVIII où l'apparition de la lésion osseuse se serait faite 17 ans après le

début du contagé infectant; les observations XLII, LI où l'éclosion clinique se serait faite respectivement 30 et 18 ans après le début du contagé, si on admet que le père est le contaminateur, enfin les observations XXXVII et LXI où la tumeur blanche du genou et l'ostéo-arthrite du poignet des 2 malades apparaissent 10 ans après la mort du père tuberculeux pour le premier, 15 ans après la mort de la mère pour le deuxième.

Ces faits pour si intéressants qu'ils soient n'en constituent pas moins une digression en dehors des limites de notre thèse.

Et nous en arrivons maintenant aux éléments mêmes de notre travail.

Dans le tableau ci-après nous avons groupé pour la commodité de la lecture les quelques faits de chaque observation susceptibles de nous intéresser.

La lecture de ce tableau nous apprend que nous avons trouvé dans nos observations d'enfants :

25 cas avec 2 membres de la famille ayant présenté des manifestations osseuses.

7	—	3	—	—
1	—	5	—	—

Parmi nos observations d'adultes :

21 cas avec 2 membres de la famille atteints de lésions similaires.

5	—	3	—	—
3	—	4	—	—
1	—	7	—	—

Au total 46 cas avec 2 porteurs de lésions.

17 cas avec 3 porteurs ou plus.

En outre si nous mettons à part les 46 observations ci-dessus, que nous discuterons plus tard, nous remarquons que nous arrivons dans les nombres respectifs de plus de 2 porteurs de lésions similaires familiales, pour les enfants et les adultes, à des proportions sensiblement équivalentes

8 pour 225

9 pour 240

ce qui rend moins vraisemblable le fait du hasard seul.

Il est une chose qui nous a également frappé c'est que les lésions osseuses se retrouvent assez rarement chez les ascendants directs père ou mère plus souvent peut-être chez les frères ou sœurs mais en proportion notablement plus grande, dans la lignée collatérale paternelle ou maternelle, oncles, tantes et cousins.

C'est ainsi que nous avons trouvé sur les 63 observations :

6 cas où le père présentait une lésion similaire à celle de l'enfant.

3	—	la mère	—	—
20	—	dans la lignée collatérale paternelle.		
19	—	—	—	maternelle.

5 cas mixtes où parents directs et collatéraux présentaient des lésions similaires.

De plus en nous en tenant toujours aux renseignements du tableau ci-contre, nous avons cru remarquer, dans les observations où 3 membres d'une même famille ou plus étaient atteints de tuber-

N ^o .	Age et Sexe	Première lésion apparente	Conte- minateur.	Lésions familiales similaires			
				Côté Paternel		Côté Maternel	
				Direct	Collatéral	Direct	Collatéral
<u>Enfants</u>							
1	5 ans. ♀	Pott, Cervical	?				Cousin germain coxalgie. 8 ans
2	10 ans. ♀	Pott, Dorsal.	?	Père: Pott et Coxalgie. 15 ans			
3	8 ans. ♂	O.A. tibio tarsienne	Grand-père maternel				Oncle: Coxalgie bilatérale. 14 ans
4	4 ans. ♂	Osteite cubitus	Oncle maternel (probable)			Mère: Osteite humérale. 3 ans	
5	6 ans. ♂	Pott, Dorsal	?		Cousin germain Pott dorsal 30 ans		
6	11 ans ♀	Pott et genou	?				Cousin Germain Pott
7	14 ans ♀	Pott	Grande pa- rente paternelle	Père: Pott à 20 ans Coxalgie à 39 ans	Grand tante Pott. 16 ans		
8	6 ans ♀	O.A. Genou	Père		Grand mère genou ? Oncle coxalgie. 30 ans		
9	9 ans ♀	Pott lombaire	Père				Oncle: Pott dorsal. 15 ans
10	10 ans ♂	Spina ventosa	Père				Tante: Coxal- gie. 28 ans
11	6 ans ♂	Pott dorsal	Père (probable)				Cousin germain Pott dorsal 9 ans.
12	11 ans. ♂	Osteite Costale	Tante paternelle (probable)			Mère: Osteite cubitus 10 ans	
13	14 ans 1/2 ♂	Pott dorsal	?				Oncle: Coxal- gie. 10 ans
14	15 ans ♀	Coxalgie	Oncle paternel (probable)				Tante: Genou ? Cousin germain Genou
15	8 ans ♂	Osteite scapulaire	Père	Père genou	2. Cousins germains Pott. 18 ans Coxalgie. 10 ans 1. Cousine germaine Coxalgie 10 ans		
16	12 ans ♂	O.A. Genou	?		Tante: Coxal- gie. 12 ans		
17	6 ans ♂	O.A. Genou					Grand-oncle Pott dorsal
18	11 ans ♂	Coxalgie	Père				Oncle: Coxal- gie. 5 ans
19	4 ans ♀	Coxalgie	?				Grand-oncle Coxalgie
20	11 ans ♂	Pott cervical	?		Cousin germain Pott cervical 9 ans		

N°	Age et Sexe	Première lésion apparente	Contaminateur	Lésions familiales similaires			
				Côté Paternel		Côté Maternel	
				Direct	Collatéral	Direct	Collatéral
47	18 ans O	Coxalgie	?				Grand père O.A. coude 35 ans
48	33 ans O	Pott lombaire	?		Cousine germaine: coxalgie 20 ans		
49	38 ans O	Coxalgie	?		Frère: coxalgie 3 ans		
50	19 ans ♀	O.A. Poignet	?	Père: Genou 36 ans			
51	25 ans ♀	Coxalgie début 12 ans	?		Oncle: O.A. coude 18 ans		
52	19 ans 1/2 ♀	Pott dorsal	Père ?		Frère: spina ventosa 6 ans		Cousine germaine: Pott dorsal 18 ans
53	35 ans ♀	Pott lombaire	?		Cousine germaine: Pott dorsal? 37 ans Tante: Pott dorsal 25 ans		
54	18 ans ♀	O.A. Genou	?	Père: coxalgie 14 ans	Sœur: Pott dorsolombaire 22 ans Sœur: coxalgie 19 ans Sœur: mastoïdite chronique 10 ans Oncle: Pott 20 ans Oncle: Pott 25 ans		
55	43 ans ♀	Coxalgie	?		Grand-oncle: coxalgie Cousin germain: coxalgie 6 ans		
56	17 ans ♀	Coxalgie	?		Sœur: Genou 14 ans		
57	25 ans O	Pott glaucipital	?				Oncle: Pott dorsal Tante: Genou
58	20 ans 1/2 O	Pott sacré	?				Oncle: Pott cervical 8 ans
59	17 ans ♀	Osteite trachanter	?				
60	31 ans ♀	Pott (début à 20 ans)	Sœur		Sœur: Pott 28 ans		
61	32 ans ♀	Coxalgie	Mère		Frère: coxalgie 2 ans		
62	21 ans ♀	O.A. Poignet	Mère ?		Frère: O.A. coude 11 ans		
63	20 ans O	O.A. Genou début 13 ans	?		Cousine germaine: coxalgie 4 ans		

culose osseuse, c'est-à-dire 17 sur 63, que souvent c'était le côté paternel, ou le côté maternel qui était entaché de tuberculose osseuse, et très rarement les deux à la fois.

Et alors on nous accordera que le fait de trouver deux ou trois membres d'une même lignée, ayant localisé le bacille sur le même terrain peut présenter plus d'intérêt que si ces mêmes localisations se trouvaient disséminées des deux côtés à la fois, ce qui pourrait être mis plus facilement sur le compte d'une simple coïncidence.

Nous trouvons en effet sur 17 observations :

10 cas où les différentes lésions osseuses existent du côté paternel seul : obs. VII, VIII, XVI, XXI, XXXV, XXXVII, XLIII, LIII, LIV, LV.

3 cas où seul le côté maternel est touché : obs. XIV, XXXVIII, LVIII.

2 cas mixtes : obs. XXV, XLVI.

2 cas qui ne se prêtent à aucune classification : obs. XXVII, LII.

Nous n'avons pas cru devoir interpréter la loi de l'hérédité du *locus minoris, resistantiae* de Turban, comme la nécessité pour y être conforme de trouver plusieurs localisations familiales sur un même os ; ce que nous avons cherché ce sont les lésions d'un même tissu, et du tissu osseux en particulier, qu'il s'agisse d'une vertèbre, d'une hanche, d'un genou, etc.

D'ailleurs la lecture de notre tableau ne nous apporterait aucun renseignement à ce sujet et il est impossible de tirer une conclusion de cas familiaux

où voisinent toutes les ostéites, toutes les ostéoarthrites sans similitude de siège.

Nous avons noté également, — ou tout au moins chaque fois que nous avons pu le faire, — l'âge d'apparition de chaque lésion familiale. Nous avons bien relevé quelque exemple où les lésions des descendants survenaient au même âge ou presque que celles des ascendants (obs. VII, XII, XV, XVI, XXI, XXIII, XXVII, XXX, XXXII, XLIII), mais là aussi il y a trop de faits disparates pour donner beaucoup de poids à la loi de « l'hérédité du même âge » de Braehmer.

Voilà en somme pour nous qui voulons nous en tenir exclusivement au domaine des faits ce que peut nous apprendre la lecture de nos observations au sujet des rapports qui existent entre les membres d'une même famille et la lésion osseuse.

Que faut-il penser maintenant de la fréquence avec laquelle se sont manifestées ces formes familiales.

Nous pensons que le pourcentage de 13,5 % que nous avons trouvé constitue un chiffre important que nous laissait prévoir d'ailleurs la facilité avec laquelle nous avons rassemblé en très peu de temps la vingtaine d'observations de notre première catégorie, recueillies en dehors de notre champ d'enquête personnelle.

Mais on pourra nous objecter que ce chiffre est justiciable d'une rectification, car sur ces 63 observations, il en est 46 où nous n'avons trouvé que

2 malades osseux dans la même famille ; de plus ces deux localisations sont noyées dans toutes les variétés protéiformes de la maladie tuberculeuse, souvent retrouvées dans une même famille : elles n'offrent de ce fait qu'un moindre intérêt et il serait peut-être difficile d'en défendre la valeur.

Néanmoins en attendant que nous puissions être fixés sur le, ou les déterminants étiologiques des formes tuberculeuses, n'est-il pas troublant de voir un enfant sembler « hériter » — pour reprendre une expression un peu simpliste de nombre de nos malades, — de son père ou de sa mère comme dans les observations II, IV, VII, XII, XV, XXIV, XXXVIII, etc., et localiser sur le même terrain que l'un des deux géniteurs ?

Pourquoi ne pas admettre qu'il en est du système osseux comme des affections du système nerveux, circulatoire, rénal, etc., qui laissent héréditairement un substratum pathologique, de caractère spécifique ou non, créant une débilité organique, porte ouverte à la moindre infection pour se localiser.

De plus nous nous demandons, si comme l'ont prétendu de nombreux travaux récents, les variétés tuberculeuses sont uniquement conditionnés par les modalités de contagion ; or à notre avis un enfant dont le père, la mère, voire un oncle ou une tante ont localisé le bacille sur le même terrain peut parfaitement avoir été soumis à une contagion massive sans que cette contagion soit suffisante à expliquer cette similitude de localisations ; et trou-

verait-on dans chaque observation un contage tuberculeux avéré que les faits qui nous intéressent n'en resteraient pas moins pour nous sans explication.

Néanmoins, si la lecture de ces 46 observations nous apportent des faits impressionnants qu'il est difficile de mettre sur le compte exclusif du hasard, et si elle nous permet de ne pas accepter sans réserve les conclusions de certains travaux antérieurs, nous reconnaissons qu'elle ne nous apporte aucun élément susceptible d'éclairer notre sujet.

Restent les 17 observations où nous avons trouvé 3, 4, 5, 7 porteurs de lésions osseuses, et là il paraît vraiment plus difficile d'attribuer au hasard la coexistence familiale de ces manifestations, d'autant plus que nous les avons trouvés le plus souvent dans l'une ou l'autre des deux lignées familiales. En ne tenant compte que de ce dernier groupe d'observations, nous obtiendrions un pourcentage de 3,60 % de cas avec plusieurs localisations familiales : mais nous ne pensons pas qu'il faille ramener les limites du problème à une question de nombre, et si ce chapitre obscur reçoit un jour sa réponse, nous pensons que l'observation qui présentera deux porteurs de localisations osseuses sera aussi probante que celle qui en présentera plusieurs, et qui n'a actuellement que le mérite de s'imposer plus fort à l'esprit.

Bien que nous nous soyons refusés à entrer dans le domaine des hypothèses, ne peut-on pas se deman-

der si la race de bacilles n'intervient pas beaucoup dans l'éclosion de ces cas d'hérédité familiale similaire. On s'est basé pour défendre cette opinion sur le fait qu'il est relativement exceptionnel de rencontrer aussi bien chez les adultes que chez les enfants des cas d'association de tuberculoses médicales et de tuberculoses chirurgicales. S'agit-il d'une immunité locale, ou d'une différence de races dans les bacilles à localisation élective ? C'est à l'expérimentation et au laboratoire qu'il appartient de répondre ; en tout cas il nous est permis de dire que M. Mozer a jusqu'à maintenant réussi à identifier 19 bacilles provenant de pus de lésions osseuses et que tous appartiennent strictement aux races humaines.

D'ailleurs nous étions assez mal placés à Berck pour poursuivre l'enquête de ce côté, attendu que toute lésion pulmonaire évolutive constitue une contre-indication formelle de traitement sur place et que nous n'étions pas, de ce fait, appelés à voir les malades présentant ces associations de formes médico-chirurgicales.

Cependant nous avons cru bon dans notre enquête de signaler, chemin faisant, ces associations ; c'est ainsi que nous avons trouvé parmi nos 240 observations d'adultes 23 fois une pleurésie séro-fibrineuse qu'on admet être la plupart du temps le symptôme révélateur d'une lésion sous-jacente et 25 fois une tuberculose pulmonaire première en date, ou secondaire par rapport à la lésion

osseuse : ce qui fait un pourcentage de 20 % d'associations médico-chirurgicales.

Chez l'enfant, par contre, nous les avons trouvé beaucoup plus rarement. Il est bien difficile, pensons-nous, de dégager des constatations précédentes quelques conclusions précises en ce qui concerne l'influence de l'hérédité sur l'allure que revêt la tuberculose chez les membres d'une même famille ; il est difficile aussi de penser qu'une même race de bacilles puisse à l'exclusion de toute autre exercer ses effets sur une même famille, alors que dans les $\frac{3}{4}$ de nos observations nous avons retrouvé, mélangées, toutes les formes médicales ou chirurgicales, ce qui enlève toute valeur à l'hypothèse de spécificité des races de bacilles.

A la fin de notre enquête, nous sommes donc obligés de reconnaître que rien dans l'interprétation de nos observations nous permet de conclure de façon décisive, et puisque l'étude de nos observations ne nous a apporté aucun élément nouveau, rien ne nous empêche, semble-t-il, de leur assimiler les 23 observations recueillies dans la première partie de notre travail, ce qui nous fait un ensemble de 86 observations à formes familiales similaires.

Nous terminerons sur une donnée fragile d'impression qu'il nous est permis de voir partagée par quelques-uns : surtout en présence de faits, tel que ceux révélés dans notre observation XL ; elle nous permet de penser que tout ne se réduit pas à une question de doses de bacilles et nous croyons qu'à

côté du facteur infectieux il faut dans la pathogénie et le déterminisme des formes de la tuberculose faire une large part au terrain sous quelque face qu'on l'envisage.

CONCLUSIONS

Si nous résumons maintenant les données de notre travail nous pouvons à défaut de conclusions nous permettant de prendre parti dire que :

1° Les cas d'hérédité familiales similaires osseuses ne sont pas aussi rares que l'on pourrait le croire, puisque sur de simples souvenirs, ou à la suite de quelques recherches rapides, nous avons pu en réunir 23 et que notre enquête personnelle auprès de 465 malades enfants et adultes, nous a permis d'en rassembler 64, soit une proportion de 13,5 % ; en outre, ces manifestations se retrouvent le plus souvent dans une même lignée paternelle ou maternelle, et non dans les 2 à la fois, ce qui tendrait à leur donner plus de valeur ; de plus, pour 9 cas on nous avons retrouvé parents directs, père ou mère et enfants, atteints dans leur système osseux, nous avons retrouvé 39 cas, où la lignée collatérale, oncles, tantes, neveux, cousins, présentait deux ou plusieurs localisations osseuses.

2° Quelle valeur donner à ces faits ? Sans doute le plus grand nombre de nos observations : 46 sur 63 ne donnent que deux porteurs de lésions similaires par famille, et on pourrait dire qu'il s'agit là de

simples coïncidences ; mais dans les 17 autres et dans certaines qui nous ont été communiquées où il y a plus de 2 porteurs de lésions familiales — d'ailleurs localisées sur une même lignée paternelle ou maternelle — il est difficile de voir là de simples faits de hasard.

3° Les différentes théories admises jusqu'à présent ne se rapportent pas à ces faits en particulier : il ne s'agit pas pour nous d'opposer la théorie de la contagion à celle de l'hérédité ; nous admettons, en effet, la contagion pour l'éclosion de la maladie tuberculeuse même quand elle ne fait pas sa preuve dans nos observations, mais les notions de contag, de durée de contag et de quantités de bacilles ne nous ont pas paru expliquer la localisation sur une organe déterminé.

De même, la notion de races de bacilles tuberculeux ne nous semble pas devoir être retenue, et bien que nous ayons été mal placés pour étudier les associations médico-chirurgicales tuberculeuses, les faits qui se sont présentés à nous ne nous autorisent pas à croire à la spécificité des races de bacilles tuberculeux.

Enfin les théories de l'hérédité de prédisposition surtout échafaudés d'ailleurs pour l'explication des formes similaires pulmonaires, que ce soit la loi de l'hérédité du lieu de moindre résistance, ou celle de l'hérédité du même âge, se trouvent trop souvent en défaut pour prétendre apporter quelque lumière pour l'explication de ces faits.

4° A défaut de données précises, que nous n'avons pu relever, nous gardons l'impression qu'à côté de la contagion dont le rôle persiste absolu, il y a cette notion qu'un descendant tuberculeux osseux peut transmettre à son enfant une dystrophie de son système osseux, de même qu'un malade atteint dans son système nerveux, circulatoire — hypertendus, cardiaques — ou hépatique peut voir se perpétuer dans sa descendance une déficience de même ordre.

Vu : Le Président de la thèse,
SERGEANT.

Vu : le Doyen,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
• Le Recteur de l'Académie de Paris.
S. CHARLÉTY.



